



UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1994



Thèse n° 409/2

LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ L'ENFANT
(A PROPOS DE DIX-HUIT CAS)

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 mars 1994

par

Monique MILLION épouse AMANIOU
née le 8 novembre 1962 à Aix-en-Provence

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur BOULESTEIX Jean	- Président
M. le Professeur BOUQUIER Jean-José	- Juge
M. le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	- Juge
M. le Professeur GAROUX Roger	- Juge
M. le Docteur ROCHE Jean-François	- Membre invité

ex:3

Sibil:

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1994



Thèse n° 409

LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ L'ENFANT
(A PROPOS DE DIX-HUIT CAS)

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 mars 1994

par

Monique MILLION épouse AMANIOU
née le 8 novembre 1962 à Aix-en-Provence

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur BOULESTEIX Jean	- Président
M. le Professeur BOUQUIER Jean-José	- Juge
M. le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	- Juge
M. le Professeur GAROUX Roger	- Juge
M. le Docteur ROCHE Jean-François	- Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE LIMOGES

DOYEN DE LA FACULTE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNAUD

ASSESEURS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIVA
MONSIEUR LE PROFESSEUR VANDROUX

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS JEAN-PAUL	OPHTALMOLOGIE
ALAIN LUC	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER JEAN-CLAUDE	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD FRANCOISE	MEDECINE INTERNE
ARNAUD JEAN-PAUL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE DOMINIQUE	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET JEAN	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID JULIEN	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD PHILIPPE	DERMATOLOGIE
BESSEDE JEAN-PIERRE	OTO-RHYNO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD FRANCOIS	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC JEAN-MARIE	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE DOMINIQUE	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX JEAN	PEDIATRIE
BOUQUIER JEAN-JOSE	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI FERNAND	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON JEAN-CHRISTIAN	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX MICHEL	ANATOMIE
CATANZANO GILBERT	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN ALBERT	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES CONSTANTIN	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COLOMBEAU PIERRE	UROLOGIE
CUBERTAFOND PIERRE	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE MARIE-LAURE	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR LIONEL	PEDIATRIE
DENIS FRANCOIS	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES BERNARD	ANATOMIE
DUDOGNON PIERRE	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS MICHEL	NEUROLOGIE
DUMAS JEAN-PHILIPPE	UROLOGIE
DUMONT DANIEL	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY JEAN-PAUL	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS PIERRE	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT ALAIN	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX ROGER	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE HERVE	REANIMATION MEDICALE
GAY ROGER	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY JEAN	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON JACQUES	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
LABADIE MICHEL	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LABROUSSE CLAUDE	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE FRANCOIS	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
LASKAR MARC	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE BERNARD	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

LEGER JEAN-MARIE
 LEROUX-ROBERT CLAUDE
 LIOZON FREDERIC
 MALINVAUD GILBERT
 MENIER ROBERT
 MERLE LOUIS
 MOREAU JEAN-JACQUES
 MOULIES DOMINIQUE
 OUTREQUIN GERARD
 PECOUT CLAUDE
 PERDRISOT REMY
 PESTRE-ALEXANDRE MADELEINE
 PILLEGAND BERNARD
 PIVA CLAUDE
 PRALORAN VINCENT
 RAVON ROBERT
 RIGAUD MICHEL
 ROUSSEAU JACQUES
 SAUTEREAU DENIS
 SAUVAGE JEAN-PIERRE
 TABASTE JEAN-LOUIS
 TREVES RICHARD
 VALLAT JEAN-MICHEL
 VALLEIX DENIS
 VANDROUX JEAN-CLAUDE
 WEINBRECK PIERRE

PSYCHIATRIE D'ADULTES
 NEPHROLOGIE
 CLINIQUE MEDICALE A
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
 PHYSIOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANATOMIE
 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 PARASITOLOGIE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
 NEUROCHIRURGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
 THERAPEUTIQUE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 MALADIES INFECTIEUSES

MOULIN JEAN-LOUIS

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

MARYSE POMMARET

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. BOULESTEIX

Professeur des Universités de Pédiatrie

Médecin des Hôpitaux

Chef de service

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Pour la richesse de votre enseignement tant théorique que clinique,

veuillez trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A nos Juges

Monsieur le Professeur J.J. BOUQUIER

Professeur des Universités de Pédiatrie

Médecin des Hôpitaux

Chef de service

Pour la qualité de votre enseignement et pour vos compétences pédagogiques,
Pour avoir accepté de juger ce travail,

nous vous témoignons ici toute notre gratitude.

Monsieur le Professeur L. DE LUMLEY WOYEAR

Professeur des Universités de Pédiatrie

Médecin des Hôpitaux

Pour la rigueur séméiologique que vous nous avez enseignée et pour votre disponibilité,

nous tenons à vivement vous remercier.

Monsieur le Professeur R. GAROUX

Professeur des Universités de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Pour la confiance que nous vous avons témoignée en acceptant de juger ce travail,
Pour la bienveillance attentive que vous nous avez toujours réservée,

croyez en notre profonde et respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur J.F. ROCHE

Praticien Hospitalier

Vous avez suivi notre travail avec beaucoup de disponibilité, de patience, et d'enthousiasme.

veuillez trouver ici toute notre reconnaissance.

A mon père

Tu m'as donné le goût de l'effort, de la rigueur et des relations humaines
Sois ici remercié.

A ma mère

Tu m'a appris la persévérance, le respect de l'autre, quels que soient ses choix de vie.
Merci pour ton exemple.

A Claire et Ian

Pour votre soutien inconditionnel et enthousiaste, je vous remercie.

A Maïté et Darek

Par votre engagement au service de l'autre, et à travers votre façon de répondre aux besoins
de chacun, vous m'avez beaucoup apporté.

A Paul, Paulette,

A Germaine et Jean,

A tous ceux sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour

Elisabeth Bournaud
Christiane Daumas
Danielle Lasbouygues
Marie et Louis Ruellan
Marie-Paule Coulaud
Bernadette Tassain.

Les secrétaires des services de Pédiatrie I, toujours accueillantes et disponibles, les secrétaires du S.A.M.U., du service de Chirurgie Pédiatrique, du service de Réanimation.

Monsieur le Juge des Enfants

Françoise Leflaive
Anne-Christel Fernandes
Pierre Coulaud

Claudie Delmas et Camille que je remercie tout particulièrement

Jean Pierre Besse

Soyez assurés de ma profonde reconnaissance

A tous ceux qui m'ont entourée, accueillie, aidée, encouragée, chacun à sa façon pendant mes études

Pierre et Marie-Paule Coulaud et leurs enfants

Philippe et Nicolette Rous et leurs enfants

Anne-Christel et Narcisse Fernandes

Madeleine et Robert, Jeanine, Elisabeth, Jacques, Philippe, Patrick et Véronique,
Michel et Dominique

Anne, Evelyne, Sophie et Jacques, Catherine,

Marie-Madeleine, Monique, Jacqueline, Madeleine, Alain, Jeanne, Liliane, Danièle, Simone,
François et Brigitte, Simone, Brigitte, Pierre et Bernadette, Elise, Eric et Anne, Willy et Anne-
Marie, Jean-Marie et Clairette

Christophe, Maryse et Thomas

Chantal et Philippe

A Philippe, mon mari

Ta patience et ta sollicitude auront grandement contribué à ce travail.

et à Simon

PLAN

INTRODUCTION

I - MATERIEL ET METHODES

II - RESULTATS

2-1 Les observations

2-2 Résultats analytiques et comparaisons point par point avec les références bibliographiques

III - COMMENTAIRES

3-1 Commentaires des résultats

3-1-1 Le pronostic des tentatives de suicide

3-1-2 Le cumul des facteurs pouvant pousser l'enfant vers une tentative de suicide

3-1-3 Le rôle du généraliste dans le cadre des tentatives de suicides chez l'enfant

3-2 Limites du présent travail et regrets

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

" François a treize ans lorsqu'il fait une tentative de suicide qui le conduit dans le service de Réanimation du C.H.R.U. de Limoges. Lorsqu'il reprend conscience, il refuse toute prise en charge. Hanté par un désir de mort, il nous assure qu'il parviendra à mettre fin à ses jours. Après deux récidives, à quatorze et dix-sept ans, François se suicide par arme à feu à l'âge de vingt ans ".

Cette histoire dramatique nous a conduit à étudier les tentatives de suicide chez l'enfant pré pubère, en nous interrogeant sur les motivations et les causes de tels gestes en dehors de la période de l'adolescence reconnue pour ses manifestations d'instabilité.

Rapidement après le début de nos recherches sur le suicide, nous avons pu observer un contraste entre la richesse des écrits sur la période de l'adolescence et le nombre très restreint des publications consacrées à l'âge pré pubère. C'est pourquoi, il nous est apparu plus intéressant encore de consacrer notre travail à cet intervalle de temps, compris entre la naissance et l'âge de douze ans, fixant la limite de nos investigations à la date du treizième anniversaire. C'est ce repère que privilégient certains auteurs dont G. KEMALDI (33) et A. KENNETH (19) pour séparer les enfants des adolescents. Il est intéressant de noter que, de même, le Droit français requiert le consentement de l'enfant à partir de l'âge de treize ans pour son adoption et pour le changement de son nom (Articles 334,345,360 du Code Civil).

Ainsi, nous avons pu ainsi réunir, sur une période de dix ans, dix-huit observations d'enfants âgés de moins de treize ans, hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide au C.H.R.U. de Limoges. Seize de ces enfants ont été accueillis dans le service de Pédiatrie I (Docteur BOULESTEIX) et deux dans les services de Réanimation et de Chirurgie Pédiatrique.

Nous avons cherché à travers notre travail à préciser :

- la fréquence et l'épidémiologie des tentatives de suicide chez l'enfant,
- les circonstances et les facteurs favorisant ces tentatives,
- l'éventuelle contribution du généraliste au dépistage et à la protection des enfants présentant un risque de tentative de suicide.

I - MATERIEL ET METHODES

Dans un premier temps, nous avons répertorié les observations d'enfants, âgés de moins de treize ans, hospitalisés pour une tentative de suicide au C.H.R.U. de Limoges entre le 31 août 1983 et le 31 août 1993.

Dans le service de Pédiatrie I (où sont adressés en principe tous les enfants hospitalisés pour une tentative de suicide), il existe une fiche où se trouvent répertoriés, année par année, les noms et prénoms des enfants hospitalisés pour une tentative de suicide.

Nous avons recherché pour chacun de ces noms une fiche correspondante indiquant les dates de naissance, d'entrée et de sortie de l'hôpital ainsi que le numéro de dossier de l'enfant.

Nous n'avons gardé que les observations correspondant à notre étude.

Nous avons complété notre recherche en consultant une autre liste fournie par le pédopsychiatre du service, et avons ainsi retrouvé trois observations supplémentaires.

Nous avons ensuite recherché d'éventuelles observations au S.M.U.R. Ces recherches sont restées vaines.

Puis, nous avons trouvé une observation dans le service de Réanimation et une autre dans le service de Chirurgie Pédiatrique.

Nous avons également obtenu deux observations par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Spécialisé Esquirol qui avait suivi deux de ces enfants à leur sortie de l'hôpital.

Dans un deuxième temps, nous avons complété ces observations à partir des informations que nous y avons trouvées.

Nous avons, tout d'abord pris contact pour chaque observation avec le médecin traitant de l'enfant, ce qui nous a permis dans certains cas de mieux comprendre le contexte familial, et de compléter les antécédents médicaux.

Nous avons joint également le psychiatre, ou le psychologue qui avait vu l'enfant lors de son hospitalisation et celui qui devait le suivre à sa sortie de l'hôpital.

Puis, nous avons demandé au Juge des Enfants l'autorisation de consulter les dossiers du Tribunal pour Enfants concernant six familles, sous condition de respecter le secret professionnel. Pour chaque enfant concerné, nous avons ensuite contacté les différents travailleurs sociaux qui les avaient suivis.

Nous avons aussi rencontré deux psychothérapeutes, trois médecins de PMI (Prévention Maternelle et Infantile), un dermatologue et un prêtre.

Nous avons conservé une observation concernant un enfant qui n'a probablement pas été hospitalisé lors de sa première tentative, mais qui l'a été par la suite pour des récives. (Nous avons trouvé suffisamment d'éléments à posteriori concernant la période de sa première tentative de suicide, pour l'inclure dans notre étude).

Dans un troisième temps, nous avons organisé toutes ces informations en respectant le même plan pour chaque observation

Les informations recherchées systématiquement ont été inspirées par la lecture des références bibliographiques.

Voici le plan que nous avons adopté :

- Nom, prénom, date de naissance de l'enfant et numéro de son dossier ; âge ; sexe ; poids ; taille ; nationalité ; date et durée de l'hospitalisation.
- Antécédents médicaux
- Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide.
- Eléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide.
- La tentative de suicide :
 - * Méthode utilisée
 - * Année, mois, jour, heure
 - * Lieu
 - * Caractère : Préparé ou impulsif ?
 - * Conditions : Précautions prises ou non par l'enfant pour ne pas être retrouvé ?
- L'hospitalisation de l'enfant
 - * L'enfant arrive-t'il avec une lettre de son médecin traitant ? Y a-t'il eu une intervention du S.M.U.R ? L'enfant est-il accompagné de ses parents ?
 - * Qui fait le premier interrogatoire et l'examen clinique et combien de temps après la tentative de suicide ?
 - * Quelles sont les conséquences somatiques ?
 - * Quels sont les examens complémentaires demandés ?
 - * L'enfant bénéficie-t'il d'une consultation avec un psychiatre ou un psychologue ? Quand par rapport à la tentative de suicide ? Des tests complémentaires sont-ils demandés ?

- Les éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide
 - * Evoqués par le psychiatre ou le psychologue
 - * Evoqués par le médecin traitant
 - * Evoqués par la famille
 - * Evoqués par l'enfant
 - * Autres
- Présentation de la famille de l'enfant
 - * Père
 - * Mère
 - * Fratrie
 - * Autres
- Niveau scolaire et relations avec professeurs et élèves. Y a t'il des notions de fugues ou de bagarres ?
- Suivi de l'enfant après l'hospitalisation
 - * par un psychiatre
 - * par le médecin traitant
 - * par une autre personne
 - * par le Tribunal pour Enfants
 - * Existence ou non de nouvelles tentatives de suicide
 - * Evolution ou non vers la délinquance.

Dans un quatrième temps, nous avons rédigé les observations de façon définitive en prenant les précautions inhérentes au secret professionnel

Nous avons calculé l'âge de l'enfant sans mettre sa date de naissance, et avons évalué le temps par rapport à sa naissance.

Nous n'avons retenu que les durées d'hospitalisation sans en mentionner les dates.

Nous avons changé les noms et prénoms des enfants et des membres de leur famille ainsi que le nom des villes mentionnées.

Pour ce qui concerne le métier des parents, nous avons choisi un métier apparenté.

Dans le paragraphe concernant les antécédents médicaux, nous n'avons pas mentionné les "maladies infantiles classiques" telles que rougeole, varicelle, oreillons.

Avant de terminer ce chapitre, nous aimerions rappeler quelques définitions concernant les tentatives de suicide, équivalents suicidaires et signes avant-coureurs d'une tentative de suicide, et faire quelques remarques :

Définition des tentatives de suicide

Tout exemple de comportement autodestructeur délibéré, dans lequel il y a un souhait conscient ou clairement apparent de mourir **(21)**.

Tout acte visant à se blesser de façon non mortelle avec l'intention de faire du mal à quelqu'un ou d'attirer l'attention sur soi **(39)**.

Définition des équivalents suicidaires

Ce sont des comportements autodestructeurs indirects où il n'y a pas de tentative de se blesser consciemment. Ces comportements sont à mi-chemin entre l'accident et la tentative de suicide (longer une bordure dangereuse, traverser au passage d'une voiture, se tenir en équilibre au bord d'une fenêtre). Tout se passe comme si l'enfant s'en remettait au sort **(18,21,23,25)**.

Un certain nombre de suicides seraient méconnus ou déclarés comme accidents à cause de ce phénomène. La répétition d'accidents ne serait qu'exceptionnellement le fruit du hasard. Il existerait une parenté statistique et un continuum entre accident, suicide-accident et suicide **(10,12,21)**. (L'enfant offrirait ainsi à l'adulte des possibilités de "masques" de sa tentative de suicide, "compromis" plus facilement acceptable que la reconnaissance d'un réel désir de mort **(25)**).

Définition des signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Ce sont des signes qui traduisent un mal-être de l'enfant ou un appel avant la tentative de suicide. Ils comprennent entre-autres les menaces de suicide : verbalisation d'actions suicidaires en précurseur d'une action qui, si elle était poursuivie, provoquerait des dommages chez l'intéressé (menacer de se jeter sous une voiture, cacher un couteau sous un oreiller, se tenir près d'une fenêtre ouverte et dire que l'on va sauter) **(25)**.

Ils englobent aussi des signes comme les troubles du sommeil, une irritabilité accrue, des fugues.

Le paragraphe concernant " les éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide" varie d'un enfant à l'autre. Il est le reflet de la qualité et du nombre des renseignements que nous avons pu trouver. (Les renseignements les plus intéressants et les plus précis nous ont été fournis par le Tribunal pour Enfants).

En ce qui concernent les examens complémentaires, nous avons appelé bilan sanguin "standard" un bilan comprenant la numération de la formule sanguine, le dosage des plaquettes, le ionogramme sanguin, le dosage de l'urée et de la créatinine dans le sang et les urines et le dosage de la glycémie.

Nous avons appelé bilan "complet" un bilan comprenant le bilan "standard" auquel s'ajoutent le dosage des transaminases, du calcium, du magnésium, du phosphore et parfois des gaz du sang, et des facteurs de la coagulation.

II - RESULTATS

2 - 1 - Les Observations

OBSERVATION N° 1

Béatrice a huit ans et demi lors de sa tentative de suicide ; elle pèse vingt-cinq kilogrammes et mesure un mètre vingt-six centimètres. Elle est de nationalité française. Son hospitalisation dure sept jours.

Antécédents familiaux

Nous retrouvons des angines fréquentes

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons pas d'antécédent connu de tentative de suicide. Béatrice a présenté des troubles du sommeil, des pleurs fréquents et une irritabilité accrue dans les jours qui ont précédé son acte. Elle supportait de plus en plus mal les sorties nocturnes de sa mère.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Un an avant la naissance de Béatrice, ses parents et sa soeur aînée, âgée d'un an, arrivent à Limoges. Béatrice a une soeur jumelle ; elles naissent à Limoges. On note que Béatrice a pleuré toutes les nuits pendant les trois mois suivant sa naissance.

Le père de Béatrice part travailler à Lyon quand elle a six ans. Il ne revient à Limoges que pour les fins de semaine. Deux ans plus tard, il entretient une relation homosexuelle stable à Lyon, et ne revient plus à Limoges, ce d'autant qu'il reçoit sa fille aînée chaque fin de semaine afin qu'elle suive des cours de comédie.

La tentative de suicide

Béatrice prend au domicile maternel où elle vit des comprimés de TEMESTA à 1 mg appartenant à sa mère, et ce pendant trois jours consécutifs (deux comprimés le premier soir, un comprimé et demi le deuxième soir et un comprimé et demi le troisième jour au matin. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Béatrice arrive dans le service de Pédiatrie I, accompagnée par sa mère, sans lettre de son médecin traitant. Le motif d'hospitalisation est une prise de comprimés de TEMESTA avec apparition d'une diplopie.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en pédiatrie, quelques heures après la troisième prise de TEMESTA. Béatrice est bien orientée, un peu obnubilée et présente une légère hypotonie. La diplopie a disparu.

Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage des benzodiazépines dans le sang est positif. Deux consultations ophtalmologiques confirment l'origine médicamenteuse de la diplopie.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychologue. Ce dernier souligne trois points:

- * Béatrice s'est disputée avec sa soeur avant l'ingestion des médicaments.

- * Elle souffre réellement, ainsi que ses soeurs et sa mère, de l'absence de son père.

- * Il serait souhaitable que les parents abordent cette question ouvertement avec leurs filles même s'il n'y a pas de solution à court terme.

Un avis psychiatrique est donné au septième jour d'hospitalisation (jour de la sortie). Le psychiatre retrouve une problématique névrotique vraisemblable. Il propose une psychothérapie et un rendez-vous pour une consultation six jours plus tard.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

- * D'après le psychologue, Béatrice souffre de la séparation géographique de ses parents et de l'absence de son père.

- * D'après la mère de l'enfant, Béatrice supporte mal la mésentente du couple parental.

* D'après l'externe du service de pédiatrie, Béatrice nie l'existence d'un conflit familial. Elle dit avoir pris les comprimés de TEMESTA pour mieux dormir.

Autres motifs possibles

Béatrice a l'impression de ne pas exister. Elle tente de suivre le modèle de sa soeur aînée à laquelle elle essaie de s'identifier. Elle ne se sent pas aimée, pas reconnue et cherche sa place. Sa tentative de suicide serait un appel pour que l'on s'occupe d'elle. Elle s'entend mal avec sa soeur jumelle et éprouve des difficultés pour avoir des amies personnelles.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Béatrice, officier, est âgé de trente-six ans. Quand Béatrice avait entre six et huit ans, il habitait déjà à Lyon et revenait à Limoges chaque fin de semaine. Deux ans après, ce père ne revient plus régulièrement à Limoges, entretenant une relation homosexuelle stable. Il est perçu par ses filles comme intelligent, mais méchant, brutal, avare et avec un mauvais caractère.

* La mère de l'enfant, de nationalité française, est âgée de trente-quatre ans. Elle est sans profession. Elle a perdu sa propre mère à l'âge de huit ans et s'est toujours sentie abandonnée depuis. Selon elle, son père est un homme violent qui détruit les gens qui gravitent autour de lui. Il lui reproche de ne pas avoir suivi son mari à Lyon. Ce dernier ne l'aurait jamais épaulée. Intelligente, sensible, elle parle de ses filles avec chaleur et bon sens. Elle reconnaît qu'elle n'est pas très proche de ses filles et qu'elle n'a pas perçu la souffrance de Béatrice.

Elle est suivie en psychothérapie.

* Béatrice a deux soeurs. Sa soeur aînée, âgée de dix ans, est en cours moyen, deuxième année. Elle se rend à Lyon chez son père chaque fin de semaine depuis le début de l'année pour se perfectionner en prenant des cours de comédie. Elle se doute de la relation homosexuelle qu'entretient son père. Elle est secrète, de caractère ombrageux et indépendant. Elle se met à l'écart et rejette ses soeurs jumelles. La soeur jumelle de Béatrice est scolarisée en classe de cours élémentaire, deuxième année. Elle ne s'entend pas avec Béatrice.

Niveau scolaire

Béatrice est également en classe de Cours Élémentaire, deuxième année. C'est une bonne élève qui a peu d'amies.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

Pendant un an et demi, elle est suivie en psychothérapie par un psychiatre du service de pédiatrie. Le travail engagé porte sur la séparation de l'enfant avec son père et sur la perception qu'elle a de la séparation sentimentale et géographique de ses parents. Parallèlement, le psychiatre aide l'enfant à surmonter son sentiment de non existence et à construire son identité.

OBSERVATION N° 2

Malika a douze ans lors de sa tentative de suicide ; elle pèse quarante six kilogrammes et mesure un mètre quarante-cinq centimètres. Elle est d'origine maghrébine. Elle n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation pour sa tentative de suicide.

Antécédents médicaux

Malika est hospitalisée trois mois avant sa tentative de suicide pour des plaques alopéciques très importantes avec des pustules, des adénopathies cervicales et une anémie microcytaire. Après cette hospitalisation, le médecin lui prescrit du repos et une éviction scolaire.

Elle est à nouveau hospitalisée un mois avant sa tentative de suicide pour une teigne mal traitée avec toujours des plaques énormes d'alopecie irréversible.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces antécédents.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Malika a cinq frères, autoritaires, qui surveillent toutes ses sorties. Elle est l'avant-dernière de la fratrie. Son père ne s'est jamais occupé de ses enfants et a quitté le domicile conjugal. Sa mère "investit" beaucoup son unique fille depuis que son mari l'a quittée. Malika a été récemment hospitalisée pour une alopecie énorme irréversible.

La tentative de suicide

Malika prend au domicile maternel où elle vit des comprimés de TRANXENE. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Malika n'est pas hospitalisée. Cependant, il est noté un réel désir de mort. Le pronostic vital immédiat est bon.

Eléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

On retrouve une éviction scolaire pour une alopécie énorme, irréversible, la séparation de ses parents et l'autoritarisme de ses frères qui surveillent toutes ses sorties. D'autre part, la mère de Malika "investit" sa fille comme étant celle qui deviendra, en grandissant une amie, une confidente et un soutien pour elle. Cette attitude empêche Malika d'avoir des projets personnels et des velléités d'indépendance.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Malika est âgé de quarante-huit ans. Il est de nationalité marocaine. Il ne s'est jamais préoccupé ni occupé de ses enfants. Il est séparé de sa femme et sa famille le considère comme un traître et un lâche (Malika ne peut plus le voir car il n'a plus de relation avec sa mère ni avec ses frères depuis la séparation).

* La mère de Malika, âgée de quarante-quatre ans est sans profession. De nationalité marocaine, elle n'accepte pas sa solitude, ni sa future vieillesse, mais refuse une éventuelle nouvelle union. Elle s'appuie sur ses fils oisifs pour imposer son point de vue à Malika. Elle recherche en même temps une relation privilégiée avec sa fille unique, l'empêchant d'avoir des projets personnels.

* Malika a cinq frères qui ont entre neuf et vingt et un ans ; elle est l'avant-dernière de la fratrie.

Niveau scolaire

Nous ne connaissons pas le niveau scolaire de Malika.

Histoire de l'enfant après sa première tentative de suicide

A l'âge de quatorze ans, Malika commence à voler de l'argent à sa mère et des habits dans les vestiaires de son collège. Elle fume devant sa famille, fréquente des garçons dont un a été incarcéré et fait une fugue suite à un échange de coups avec son frère aîné. Elle n'hésite pas à frapper violemment sa mère.

A l'âge de quinze ans, ses frères l'empêchent toujours de quitter la maison, et elle n'a que peu l'occasion d'exprimer ses désirs personnels et ses craintes. Au service de sa famille, elle se sent peu reconnue. Ayant de mauvais résultats scolaires, elle entame une formation de décalqueuse sur porcelaine. Quatre mois plus tard, elle fait une tentative de suicide au VICTAN dont le facteur déclenchant semble être une hospitalisation de sa mère. A sa sortie de l'hôpital, elle bénéficie d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. Trois mois plus tard, elle est hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse. A sa sortie de l'hôpital, elle continue à avoir des relations sexuelles sans contraception et se marginalise.

A l'âge de dix-sept ans, elle est à nouveau hospitalisée pour une tentative de suicide au LEXOMIL et au VICTAN. Le facteur déclenchant semble être à nouveau une hospitalisation de sa mère. Sans perspective d'avenir, elle se plaint de douleurs ovariennes et a tendance à utiliser son corps comme moyen d'expression de son malaise psychique.

A partir de l'âge de dix-sept ans et demi, elle va voir son médecin traitant régulièrement pour se faire faire des dosages de Béta-HCG.

OBSERVATION N° 3

Laurence a onze ans et demi lors de sa tentative de suicide ; elle pèse trente-huit kilogrammes et mesure un mètre trente-six centimètres. Elle est de nationalité française. Son hospitalisation dure quatre jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une adénoïdectomie avec pose d'aérateurs tympaniques et une tympanoplastie.

Antécédents de tentatives de suicides, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons pas d'antécédent connu de tentative de suicide. Laurence dit faire des cauchemars depuis le décès de son père il y a un an. Ils sont insoutenables et elle ne peut en faire part.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Le père de Laurence est décédé des suites d'une septicémie, secondaire à une intervention chirurgicale. Elle avait dix ans et demi. Depuis, sa mère vit seule avec ses trois filles ; abusant des boissons alcoolisées, elle les délaisse, en particulier le soir. Les ressources financières de cette famille s'avèrent insuffisantes.

La tentative de suicide

Laurence prend au domicile maternel où elle vit des comprimés d'URBANYL et ce, pendant trois jours consécutifs ; elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Laurence arrive dans le service de Pédiatrie I accompagnée par sa mère, avec une lettre de son médecin traitant qui l'adresse pour des troubles neurologiques avec sensation ébrieuse, diplopie, obnubilation et désorientation spatio-temporelle, sans notion de prise médicamenteuse ni de traumatisme crânien.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en pédiatrie le jour même de la troisième prise, quelques heures au plus après l'ingestion du dernier comprimé. Laurence présente les mêmes signes que ceux observés par le médecin traitant. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage de benzodiazépines dans le sang et dans les urines est positif. Le bilan sanguin complet est normal. Les radiographies du crâne et pulmonaire sont normales. L'examen du fond de l'oeil est normal ainsi que la consultation ophtalmologique. L'électroencéphalogramme permet de retrouver des signes d'intoxication médicamenteuse. Le scanner cérébral sans injection est normal.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier souligne trois points :

* Laurence reste marquée par le décès de son père il y a un an. Depuis, ce souvenir rejaillit sous la forme de cauchemars insoutenables.

* Sa tentative de suicide est sa seule possibilité de manifester des inquiétudes et des tensions qu'elle ne peut assumer.

* La mère de Laurence semble prête à faire suivre sa fille par un psychiatre proche de son domicile et semble en mesurer l'importance.

Le psychiatre prescrit à Laurence du LEXOMIL, un quart de comprimé le soir pendant un mois.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après le psychiatre, le décès de son père rejailit sur sa vie actuelle. Sa tentative de suicide est sa seule possibilité de manifester des inquiétudes et des tensions qu'elle ne peut assumer.

* D'après le médecin traitant, Laurence souffre de solitude, son père étant décédé il y a un an, sa mère la laissant seule avec ses soeurs le soir et ne s'en occupant pas dans la journée (la consommation excessive d'alcool de la mère de Laurence explique en partie cette situation).

Laurence imite peut être aussi sa grande soeur qui a fait plusieurs tentatives de suicide.

La communication et les relations entre les membres de la famille ne sont pas satisfaisantes.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Laurence est décédé en 1986, un an avant la tentative de suicide de sa fille .

* La mère de Laurence est vendeuse. Elle consomme de l'alcool avec excès depuis le décès de son mari et refuse d'être suivie par manque d'argent. Elle laisse ses enfants seuls presque tous les soirs et s'en occupe peu.

* Laurence a deux soeurs, âgées respectivement de quinze et huit ans : elles sont toutes les deux en bonne santé et s'entendent bien avec Laurence.

* Les voisins de cette famille s'occupent beaucoup des trois filles.

Niveau scolaire

Laurence est en Cours Moyen deuxième année et semble bien intégrée dans sa classe.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

- * Son médecin traitant ne l'a jamais revue depuis sa sortie de l'hôpital.
- * Le médecin psychiatre qui devait la suivre au dispensaire proche de son domicile ne l'a jamais vue.

OBSERVATION N° 4

Sophie a douze ans lors de sa tentative de suicide. Elle pèse vingt-deux kilogrammes et mesure un mètre trente-six centimètres. Elle est de nationalité française. Son hospitalisation dure quatre jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Depuis environ un mois, Sophie menace de se pendre.

Il y a une semaine, à l'occasion d'une altercation entre ses parents, elle a pris une corde et a menacé de se pendre.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Les parents de Sophie se sont mariés six mois avant sa naissance. Six mois plus tard, la mère de Sophie demande le divorce et vient habiter chez ses parents (le père est incarcéré pour de graves délits).

Le divorce a lieu un an plus tard. La garde de Sophie est confiée à sa mère avec une Mesure Educative exercée par un service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Le père de Sophie, fréquemment incarcéré, n'exerce que rarement son droit de visite et ne verse pas de pension alimentaire. Quand Sophie a entre deux et quatre ans, sa maman vit maritalement avec Monsieur Glane qui est lui même divorcé. Il a la garde de son fils âgé de neuf ans de plus que Sophie. Monsieur Glane est paresseux, fruste, d'un niveau intellectuel bas et passe une grande partie de son temps à la chasse ou dans les débits de boissons. D'un caractère irascible et autoritaire, il est néanmoins sous la domination de la mère de Sophie qui l'épouse. Sophie est alors âgée de cinq ans.

A l'âge de six ans, Sophie bénéficie d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. La situation de sa famille est précaire tant sur le plan matériel que relationnel.

A l'âge de huit ans, Sophie semble heureuse dans son milieu familial. Elle est élevée sans règle ni contrainte mais aimée. A l'école, elle a des difficultés pour être attentive. Le fils de Monsieur Glane passe les fins de semaine à la chasse avec son père. La grand-tante de Sophie, âgée de quatre vingt trois ans, n'étant plus autonome vient habiter avec eux.

Quand Sophie a dix ans, Monsieur Glane, qu'elle considère comme son père, subit une laryngectomie pour un cancer des cordes vocales. Suite à cette opération, il devient aphone et communique difficilement. Il a également du mal à s'alimenter et Sophie en est affectée. Elle est irritable et se met facilement en colère. Elle attribue le cancer de Monsieur Glane à une pneumonie mal traitée.

Peu avant le onzième anniversaire de Sophie, sa maman est hospitalisée pour une délicate intervention chirurgicale. Une nouvelle intervention est envisagée dans un avenir proche.

La tentative de suicide

Sophie, qui se trouve avec sa cousine, âgée également de onze ans, attache une corde à la porte de la grange des voisins et se pend. La cousine parvient assez rapidement à trancher la corde et prévient ensuite sa mère et Monsieur Glane. Sophie ne perd pas connaissance. (Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte).

Hospitalisation de l'enfant

Sophie arrive dans le service de Pédiatrie I accompagnée par Monsieur Glane et sa mère, avec une lettre de son médecin traitant l'adressant pour une pendaison sans conséquence sur le pronostic vital.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en pédiatrie. La trace de corde est visible, mais le reste de l'examen est normal. Aucun examen complémentaire n'est demandé. Le pronostic vital immédiat est bon, mais Sophie semble tenir peu à la vie.

Le lendemain de son entrée dans le service de Pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychologue. Ce dernier souligne quatre points:

- * Sophie est entourée de personnes gravement malades et diminuées (son beau-père qu'elle considère comme son père est atteint d'un cancer des cordes vocales ; sa mère a été récemment hospitalisée pour une intervention chirurgicale grave, et doit l'être à nouveau dans un proche avenir ; sa grand-tante, grabataire de quatre vingt six ans, vit sous le même toit).

- * Elle est inquiète pour son avenir et celui de ses proches et tient peu à la vie.

- * La cousine de Sophie, en relevant son intention suicidaire comme un défi, a précipité son geste.

- * Il souhaite rencontrer la mère de l'enfant et Monsieur Glane et propose un suivi par l'intermédiaire d'une Mesure Educative. Sophie ne rencontre pas de psychiatre pendant son hospitalisation. Aucun test complémentaire n'est demandé.

Eléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

D'après le psychologue, Sophie est entourée de personnes de sa famille gravement malades (père - mère - grand-tante). Elle est inquiète pour leur avenir et le sien. La cousine de Sophie, en relevant son intention suicidaire comme un défi, a précipité son geste.

D'après le médecin traitant, il faut ajouter que Monsieur Glane est violent et agressif depuis qu'il ne peut plus parler normalement. D'après lui, Sophie n'a aucun entourage proche, en dehors de ses parents, susceptibles de l'aider.

D'après Sophie, elle ne tolère plus la souffrance de son "père" et reconnaît que la mise au défi de sa cousine a précipité son geste.

Autres motifs possibles

Sophie, conscience des dettes et des difficultés financières de sa famille, a peur d'un avenir qu'elle imagine "dans la misère". Elle sent peser sur elle des responsabilités qu'elle ne peut assumer (auprès de sa grand-tante, de sa mère qu'elle aide dans la petite exploitation agricole et dans la vie domestique).

Présentation de la famille de l'enfant

* Sophie ne connaît pas son père, si ce n'est à travers des propos péjoratifs qu'elle a entendus autour d'elle. De nationalité française, âgé de trente-deux ans, il est fréquemment incarcéré.

* La maman de Sophie, de nationalité française, âgée de trente et un ans, vient d'un milieu rural fruste, de niveau culturel bas et, a pris la succession de ses parents comme exploitante agricole. Elle a une relation chaleureuse avec sa fille qui la seconde dans la petite exploitation.

* Sophie considère Monsieur Glane comme son père, l'appelant "papa". Ce dernier, très attaché à elle, la traite comme sa fille.

* Sophie n'a pas de frère ni de soeur. Elle ne semble pas avoir de relation proche avec le fils de son "père".

* La grand-mère maternelle de Sophie est décédée.

* Le grand-père maternel de Sophie, militaire retraité, habite à proximité de chez elle. Elle lui rend visite souvent et l'apprécie beaucoup.

* Sophie aime aussi sa grand-tante de quatre vingt six ans. Elle l'assiste dans sa vie quotidienne du fait de son état grabataire.

* La famille n'entretient pas de relations amicales dans le bourg, se repliant sur elle-même.

Niveau scolaire

Sophie est en classe de Cours Moyen deuxième année. Elle appréhende son passage en sixième qui entraînera une période de pension et un éloignement familial.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Le psychologue n'a revu Sophie que deux fois et cela durant les quinze jours qui ont suivi sa sortie de l'hôpital. Il a essayé de mettre en place de meilleures relations entre Sophie et " ses parents ". Il regrette que Sophie , n'ayant pas de famille proche pouvant l'accueillir, ne puisse pas changer de milieu sans être déracinée.

* Son médecin traitant a revu Sophie de temps en temps. Il trouve qu'elle est en bonne santé physique et psychologique, et que ses relations avec son entourage proche se sont améliorées. D'après lui, Sophie n'a pas eu de difficultés scolaires depuis son hospitalisation.

* Peu après sa sortie de l'hôpital, Sophie bénéficie d'une **Mesure d'Action Educative** dite "Administrative" ; elle entre au collège dans le cadre d'un cycle sixième-cinquième en trois ans ; interne, elle revient chez elle chaque fin de semaine.

Au bout d'un semestre, la **Mesure d'Action Educative** prend fin du fait du manque de coopération de Sophie et de "ses parents".

Pendant les grandes vacances, le service social de secteur accroît sa vigilance et propose à l'enfant des activités qu'elle apprécie.

Sophie refuse de poursuivre sa scolarité en internat faisant du chantage au suicide. Devant la vulnérabilité des "parents", et leur difficulté à "imposer leur autorité", le service social réalise un signalement et demande une **Mesure Educative** dite "Judiciaire". Sophie a douze ans.

Sa scolarité se poursuit sans grande difficulté, mais elle refuse de plus en plus d'obéir à ses "parents".

L'année suivante, à l'âge de treize ans, elle achève son cycle sixième-cinquième de trois ans avec des résultats corrects. Elle est déléguée de sa classe. La santé de Monsieur Glane se dégrade. A la fin du premier trimestre, Sophie commence à voler sa mère et ses camarades.

OBSERVATION N°5

Isabelle a quatre ans et demi lors de sa "tentative de suicide". Elle pèse treize kilogrammes et mesure un mètre. Elle est de nationalité française . Son hospitalisation dure deux jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Isabelle est hospitalisée à l'âge de trois ans suite à l'ingestion d'une cinquantaine de comprimés homéopathiques.

Eléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Le père d'Isabelle l'a laissée avec sa mère après l'accouchement. Elle a déménagé six fois en quatre ans.

La " tentative de suicide"

Isabelle prend deux ou trois comprimés de TEMESTA en fin d'après-midi chez une voisine. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Isabelle arrive dans le service de Pédiatrie I, accompagnée par sa mère, avec une lettre d'un médecin du service de Prévention Maternelle et Infantile de son quartier.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne de garde en pédiatrie, le lendemain de l'ingestion des comprimés.

Isabelle titube. Elle a des hallucinations visuelles et vomit pendant l'examen. On lui met une perfusion. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage de benzodiazépines dans les urines est positif.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier souligne trois points :

* Cette ingestion médicamenteuse est une récurrence de conduite dangereuse.

* Les relations entre Isabelle et sa mère sont complexes avec manipulation réciproque .

* Cette dernière a trois enfants de trois pères différents qui ont à chaque fois abandonné la mère et l'enfant après l'accouchement.

Le psychiatre adresse Isabelle à un confrère du Centre de la mère et de l'enfant.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après le psychiatre, Isabelle et sa mère ont une relation complexe avec manipulation réciproque. Cette dernière a trois enfants de trois pères différents qui l'ont laissée après l'accouchement, et Isabelle a des difficultés de structuration.

Autres motifs possibles

La mère néglige sa fille. Isabelle n'a peut être pas été désirée et "investie".

Présentation de la famille de l'enfant

* Nous n'avons retrouvé aucun élément concernant le père d'Isabelle si ce n'est qu'il a laissé sa fille avec sa mère après l'accouchement.

* La mère d'Isabelle, âgée de vingt-trois ans a trois enfants de trois pères différents, et a de nombreux amants. Elle est instable et déménage souvent.

* Isabelle a deux demi-soeurs. L'aînée a sept ans et la plus jeune trois ans.

Niveau scolaire

Nous ne savons pas si Isabelle va à l'école.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Le psychiatre du Centre de la mère et de l'enfant, à qui Isabelle avait été adressée, ne l'a vue qu'une seule fois.

* Isabelle n'a pas de médecin traitant. Elle est suivie épisodiquement et successivement par des médecins des services de Prévention Maternelle et Infantile des différents quartiers où elle habite.

* Un mois après sa sortie de l'hôpital, elle est à nouveau hospitalisée pour une suspicion d'appendicite. Il est retrouvé une oxyurose.

OBSERVATION N° 6

Sylvie a onze ans et demi lors de sa tentative de suicide. Elle pèse vingt-cinq kilogrammes et mesure un mètre trente-deux centimètres. Elle est de nationalité française.

Son hospitalisation dure deux jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une appendicectomie à l'âge de huit ans et une petite taille (moins 2,5 dérivations standard).

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons pas d'antécédent connu de tentative de suicide. Sylvie a fugué plusieurs fois.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Les parents de Sylvie sont divorcés. Son père, alcoolique, violent, exerce son droit de visite une fois par semaine et amène sa fille dans les débits de boisson.

Sa mère, dépressive, suivie par un psychiatre, vit avec un homme divorcé ayant une fille avec qui Sylvie a fugué.

La tentative de suicide

Sylvie prend, au domicile maternel où elle vit, une quantité indéterminée de LEXOMIL, un dimanche à vingt heures trente minutes. Peu après, elle va l'avouer à sa mère.

Hospitalisation de l'enfant

Sylvie arrive dans le service de Pédiatrie I accompagné par sa mère, sans lettre de son médecin traitant.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en pédiatrie, une heure quinze minutes après l'ingestion de LEXOMIL. L'examen clinique est normal. Un lavage gastrique est réalisé et une perfusion est posée (elle sera interrompue dans la nuit).

Aucun examen complémentaire n'est demandé.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie (jour de sa sortie de l'hôpital), l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier souligne quatre points :

* Sylvie présente une pathologie psychosomatique riche.

* Le divorce de ses parents et les difficultés caractérielles prêtées à son père lui pèsent beaucoup (elle refuse d'informer ce dernier de sa tentative de suicide).

* Sylvie développe une inhibition importante exacerbée par une relation duelle forte avec sa mère.

* Sa souffrance psychique nécessite une aide. Une relaxation avec une psychomotricienne du Centre de Psychologie Clinique Infantile est proposée ainsi qu'un nouveau rendez-vous cinq jours plus tard avec le psychiatre.

Pour éviter que le père de Sylvie ne soit informé de son geste, sa mère souhaite une sortie rapide.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après le psychiatre, cette tentative de suicide est un appel. Sylvie ne trouve pas sa place dans sa famille (son père est alcoolique et violent ; sa mère dépressive assume mal son divorce ; sa soeur aînée est très autoritaire). Sylvie n'a pas de réel désir de mort. Elle manifeste plutôt son mal-être.

* D'après l'externe, Sylvie serait passée à l'acte suite à une de ses nombreuses altercations avec sa soeur aînée âgée de dix-sept ans. La maman de Sylvie semblerait préférer cette soeur, la trouvant plus brillante dans les études.

Autres motifs possibles

Il semble exister une discorde familiale chronique avec des agressions verbales et physiques fréquentes.

Le père de Sylvie semble ne pas remplir sa fonction paternelle.

La communication entre les membres de la famille semble insatisfaisante.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Sylvie, professeur de quarante et un ans, de nationalité française, est suivi en psychiatrie pour alcoolisme et violence. Le divorce a été très conflictuel (il aurait poursuivi sa femme et ses enfants avec une arme à feu). Sylvie voit son père une fois par semaine. Il l'emmène avec lui dans des débits de boisson.

* La mère de Sylvie, âgée de 37 ans, de nationalité française est comptable. Elle a été adoptée par ses parents. Cette femme, dépressive depuis son divorce, a perdu son emploi, trouvant par la suite des emplois précaires. Elle éprouve beaucoup de difficultés pour faire face seule à ses responsabilités et doute d'elle-même. Suivie par un psychiatre, elle prend un traitement anxiolytique. Elle vit actuellement avec un homme divorcé qui a une fille.

* Sylvie a une soeur aînée de dix-sept ans, très rigide et autoritaire, faisant des études à Poitiers. Sylvie s'entend mal avec elle.

* Les grands-parents maternels de Sylvie sont dépassés par les événements.

Niveau scolaire

Sylvie est scolarisée en classe de sixième.

Suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital

* Le psychiatre du service de Pédiatrie la revoit une seule fois, cinq jours après sa sortie de l'hôpital.

Il note les difficultés de Sylvie devant le divorce de ses parents, l'alcoolisme de son père, la dépression de sa mère et le fonctionnement rigide de sa soeur aînée.

Le père de Sylvie n'étant pas au courant de sa tentative de suicide, le psychiatre travaille sur le poids que peut entraîner un tel secret familial.

La mère de Sylvie est favorable à une prise en charge, mais se rétracte quand elle prend conscience que cela peut la remettre en question.

Un suivi de Sylvie en relaxation est prévu au Centre de Psychologie Clinique Infantile (C.P.C.I.).

La psychomotricienne du C.P.C.I. suit Sylvie pendant quatre mois, au rythme d'une fois par semaine, puis ne la revoit plus en raison des vacances. Elle lui envoie une seule lettre de relance à laquelle elle n'obtient pas de réponse.

Sylvie vient toujours accompagnée par sa mère qui est réticente. Elle semble heureuse quand sa mère parle d'elle avec la psychomotricienne. Contente d'être prise en charge, elle n'est cependant pas motivée par la relaxation. Incapable d'exprimer ce qu'elle ressent, elle dit que tout va bien par convention, alors qu'elle semble révoltée contre tout. Jamais elle ne parle de sa tentative de suicide ou de ses parents.

* Son médecin traitant la suit régulièrement pour une colopathie fonctionnelle invalidante. Il nous fait part de son échec scolaire. Elle s'est mise à boire de la bière et à avoir des relations sexuelles sans contraception.

* Elle est traitée dans le service de Pédiatrie du C.H.R.U. pour sa petite taille.

OBSERVATION N° 7

Thérèse a onze ans lors de sa tentative de suicide. Elle pèse vingt-huit kilogrammes, sept-cents grammes et mesure un mètre trente-huit centimètres. Elle est de nationalité française. Son hospitalisation dure neuf jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une méningite virale à l'âge de six ans.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces antécédents

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Thérèse a deux jeunes soeurs. Ses parents ont divorcé il y a moins d'un an. Son père est alcoolique et violent. Sa mère vit avec un autre homme.

La tentative de suicide

Thérèse prend à vingt heures trente minutes au domicile maternel où elle vit deux comprimés d'IMODIUM, trois comprimés de TEMESTA à 2,5 mg et deux comprimés de DICETEL. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Thérèse arrive dans le service de Pédiatrie I accompagnée de sa mère et de son compagnon, avec une lettre de son médecin traitant. Le motif d'hospitalisation est le suivant : "*prise de comprimés ayant entraîné des hallucinations, des vertiges, une diplopie et une somnolence*".

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par une interne de garde en Pédiatrie, deux heures après l'ingestion des comprimés. Un lavage gastrique est réalisé. Aucun examen complémentaire n'est demandé.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de Pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un interne en psychiatrie. Ce dernier souligne trois points :

- * Thérèse est attachée excessivement à sa mère et désire l'exclusivité de ses soins. Elle se montre jalouse de ses soeurs et du compagnon de sa mère.

- * Elle nécessite une prise en charge individuelle complétée par des entretiens familiaux de façon à améliorer sa relation avec sa mère (un rendez-vous est prévu huit jours après sa sortie).

- * Thérèse est affectée par le divorce de ses parents et par l'alcoolisme de son père.

Au quatrième jour d'hospitalisation, elle est revue par le psychiatre du service de Pédiatrie qui confirme la nécessité d'une psychothérapie individuelle pour Thérèse et d'un éventuel abord familial. Le praticien désire que la durée d'hospitalisation soit prolongée de quelques jours.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

- * D'après Thérèse, elle explique, lors d'une première version, qu'elle aurait pris ces comprimés afin de ne pas se rendre à l'école. Puis, elle déclare qu'elle a l'impression que sa mère ne s'occupe pas assez d'elle.

- * D'après l'interne en psychiatrie, Thérèse est attachée excessivement à sa mère dont elle désire l'exclusivité relationnelle. Elle est jalouse de ses soeurs et du compagnon de sa mère. Thérèse se trouve très affectée par le divorce de ses parents et par l'alcoolisme de son père.

Autres motifs possibles

La mère néglige, délaisse peut-être ses enfants.

Le père, alcoolique, ne s'occupe peut-être pas de ses enfants qui se sentent rejetés (Thérèse en particulier).

Présentation de la famille de l'enfant

- * Le père de Thérèse, âgé de trente-quatre ans, de nationalité française, est alcoolique et violent.

* La mère de Thérèse, âgée de trente-trois ans, est de nationalité française. Elle a rencontré un nouveau compagnon avec qui elle vit.

* Thérèse a deux jeunes soeurs qui ont respectivement huit et trois ans.

Niveau scolaire

Thérèse est en classe de sixième. Sa scolarité est normale.

Suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital

Thérèse ne se présente pas au rendez-vous prévu avec l'interne de psychiatrie.

La psychothérapeute qui devait la suivre ne l'a jamais vue.

Le psychiatre du service de Pédiatrie ne la revoit pas, ni d'ailleurs son médecin traitant.

DOSSIER N°8

Truong a onze ans et demi lors de sa tentative de suicide. Elle pèse trente-sept kilogramme et mesure un mètre cinquante et un centimètres. Elle est de nationalité vietnamienne. Son hospitalisation dure treize jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces éléments

Eléments retrouvés de la vie de l'enfant avant la tentative de suicide

Truong naît au Vietnam ainsi que son frère, plus jeune qu'elle d'un an et demi. Leur père, vietnamien, décède alors que Truong est âgée de trois ans. La mère de Truong décide alors de se rendre à Limoges avec ses deux enfants et d'y retrouver ses parents, réfugiés vietnamiens. Truong arrive à Limoges à l'âge de trois ans et demi, et déménage une deuxième fois à l'âge de quatre ans. Sa mère entretient alors une relation épisodique avec monsieur Dong, réfugié laotien, marié et père de nombreux enfants. Monsieur Dong et la mère de Truong auront deux enfants. Le premier naît quand Truong a cinq ans, et le deuxième quand elle en a six et demi. A l'âge de sept ans, Truong déménage à nouveau. La maman de Truong garde parfois les enfants de Monsieur Dong, ce dernier étant pourtant souvent violent. Quand Truong a sept ans et demi, Monsieur Dong blesse violemment sa mère qui est hospitalisée. Les enfants sont alors placés dans un Centre Maternel. La mère de Truong décide d'interrompre sa relation avec Monsieur Dong. Une Mesure judiciaire d'Action Educative en Milieu Ouvert est ordonnée pour protéger les enfants de la violence de Monsieur Dong, ainsi qu'une Mesure de Tutelle aux Prestations Familiales.

Quand Truong a huit ans, sa mère entreprend un stage de formation qu'elle interrompt pour être hospitalisée en urgence. Pendant la durée de son hospitalisation, les enfants sont sous la seule responsabilité de Truong. L'éducateur, constatant la situation, informe l'autorité judiciaire qui ordonne un Placement Provisoire à la Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille. Par la suite, la mère récupère ses enfants. Un mois plus tard, un autre placement est organisé du fait d'une nouvelle hospitalisation de la mère de Truong. A l'issue de ce placement, Truong exprime le désir de vivre en institution. Puis, elle passe ses grandes vacances chez sa grand-mère maternelle et exprime le désir d'y rester pour la nouvelle année scolaire.

Quand elle a neuf ans, la Mesure dite "judiciaire" d'Action Educative se transforme en une Mesure dite "administrative", la mère de Truong étant coopérante. Cette dernière trouve du travail dans une usine et cherche à adopter la culture européenne. Depuis que sa mère travaille, Truong a la charge de ses deux frères et de sa soeur. Elle les habille le matin, les conduit à l'école, leur donne à manger et les garde. A l'école, elle est bien intégrée et très bonne élève. Elle est demandeuse d'activités en dehors de sa famille. Sa mère accepte qu'elle aille au catéchisme alors qu'elle lui interdit d'aller dans un centre aéré.

Quand Truong a dix ans, sa mère est embauchée définitivement et prend son autonomie financière. Lorsqu'elle ne travaille pas, elle reste très présente auprès de ses enfants, ne déléguant que plus rarement certaines de ses responsabilités. Devant l'évolution de la situation, il est décidé de mettre fin à l'intervention éducative ainsi qu'à la Mesure de Tutelle aux Prestations Familiales. A cette époque, Truong ne présente aucun signe de mal-être. Elle semble heureuse, bien intégrée à l'école où elle a de bons résultats. D'après l'éducateur, elle ne paraît pas souffrir du manque de son père dont elle a visiblement fait le deuil.

A l'âge de douze ans, Truong entre en sixième et change d'école.

La tentative de suicide

Truong prend au domicile maternel où elle vit dix comprimés de TEMESTA et deux comprimés d'AGRAM un dimanche soir vers dix-neuf heures. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

La maman de Truong appelle directement le S.M.U.R. (Service Mobile d'Urgence et Réanimation).

A l'arrivée du médecin, l'examen clinique est normal.

A l'arrivée dans le service de Pédiatrie I, l'enfant est accueilli par un interne de garde en Pédiatrie vers vingt-trois heures trente minutes.

L'examen clinique est toujours normal. L'interne fait prendre à Truong deux cuillères à soupe d'IPECA et ordonne la pose d'une perfusion.

Le pronostic vital immédiat est bon.

En fin de nuit, Truong présente une tachycardie (cent vingt pulsations par minute) et une somnolence. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage des benzodiazépines, des tricycliques et des barbituriques dans le sang et les urines est négatif. Un bilan sanguin complet est normal. L'électrocardiogramme fait le lendemain de son entrée met en évidence une tachycardie.

Ce jour là, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier note une désorganisation anxio-dépressive majeure, non soulagée par le passage à l'acte. Il souligne quatre points :

- * Suite à son passage en sixième, Truong a changé d'école et d'amis. Elle trouve qu'elle s'intègre mal au sein de sa classe et qu'elle a de mauvais résultats, ce qui l'humilie.

- * Sa mère ne tolère pas qu'elle fréquente des garçons de son âge, et notamment parmi eux ceux de la communauté cambodgienne.

- * Truong est partagée entre deux cultures. Elle aimerait savoir qui était son père, et ne le sait pas (elle n'a pas de photographie de lui), et quel est son pays d'origine. (Elle manifeste le désir de retourner au Vietnam comme "médecin sans frontières").

- * Truong et sa mère ont de grosses difficultés de communication qui ne se sont pas estompées depuis le passage à l'acte.

Une prolongation de l'hospitalisation est proposée devant la persistance de difficultés psychologiques non élaborées et en raison de la non reprise du dialogue familial suite au passage à l'acte.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après le psychiatre (voir paragraphe précédent).

* D'après le tuteur aux prestations familiales, Truong avait de trop lourdes responsabilités. Elle était partagée entre la culture vietnamienne (sa mère, ses voisins, sa communauté familiale) et la culture française (ses camarades de classe, ses colonies de vacances, ses camarades de jeux à l'extérieur de sa famille).

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Truong, vietnamien est décédé au Vietnam.

* Sa mère, âgée de vingt-sept ans, vietnamienne également, est issue d'une famille nombreuse (ses parents ainsi que tous ses frères et soeurs sont à Limoges). Elle maîtrise mal la langue française.

* Monsieur Dong, réfugié laotien, père de la demi-soeur et du demi-frère de Truong a déjà plusieurs enfants de sa femme légitime, et un autre enfant de la jeune tante de Truong. Il est violent par moments.

* Truong a un frère du même père qu'elle. Agé de dix ans, il est volontaire mais a cependant des difficultés scolaires. Sa demi-soeur, âgée de sept ans et son demi-frère âgé de cinq ans sont des enfants de Monsieur Dong. Les quatre enfants s'entendent bien.

* Les grands-parents maternels de Truong sont séparés. Le grand-père, ancien militaire, rigide, peu souriant, écrit des lettres aux services sociaux pour signaler que ses filles perçoivent des allocations "parent isolé" alors qu'elles ont des amis. La grand-mère invite souvent Truong chez elle ainsi que ses cousines qu'elle aime retrouver.

* Truong a également de bonnes relations avec ses oncles et tantes et avec le réseau des voisins vietnamiens.

Niveau scolaire

Truong a toujours été une très bonne élève, bien intégrée à sa classe, avec beaucoup d'amies jusqu'à son passage en sixième où elle a changé d'établissement. Elle a toujours un bon niveau bien qu'elle s'estime "mauvaise".

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Truong ne s'est pas présentée au rendez-vous fixé par le psychiatre du service de pédiatrie, une quinzaine de jours après sa sortie.

* Son médecin traitant ne l'a pas revue, ni le médecin du service de Prévention Maternelle et Infantile de son quartier, qui la suivait quand elle était petite.

OBSERVATION N° 9

Valérie a onze ans lors de sa tentative de suicide. Elle pèse quarante-six kilogrammes six-cents grammes. Elle est de nationalité française. Son hospitalisation dure trois jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons pas d'antécédent connu de tentative de suicide. Valérie a fugué il y a deux ans.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Valérie habite dans la région depuis six mois. Ses parents sont en instance de divorce et entretiennent des relations très conflictuelles.

La tentative de suicide

Valérie prend au domicile de ses parents où elle vit des comprimés de LEXOMIL et ce deux soirs de suite (trois comprimés puis deux comprimés). Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Valérie arrive dans le service de Pédiatrie I, accompagné par sa mère, sans lettre de son médecin traitant.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne de garde en pédiatrie.

L'examen est normal, mais Valérie a visiblement du mal à exprimer une grande souffrance psychique. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage des benzodiazépines dans le sang est positif. Un bilan sanguin complet est normal. L'électrocardiogramme est normal. Une perfusion est posée. Le pronostic vital immédiat est bon. Valérie simule plusieurs malaises pendant la durée de son hospitalisation.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un interne en psychiatrie. Ce dernier souligne quatre points :

- * Valérie ne présente pas de pathologie psychiatrique aiguë.
 - * Elle supporte mal le divorce de ses parents et appréhende l'arrivée d'un nouvel ami auprès de sa mère.
 - * Elle est immature, en quête affective intense, et recherche la présence de sa mère.
 - * Celle-ci refuse tout suivi psychiatrique pour sa fille.
- Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après l'interne de psychiatrie, Valérie souffre de la perspective de divorce de ses parents et appréhende l'arrivée d'un nouvel ami auprès de sa mère.

Présentation de la famille de l'enfant

Nous n'avons pas d'élément concernant la famille de Valérie, si ce n'est une perspective de divorce de ses parents.

Niveau scolaire

Valérie est en Cours Moyen, deuxième année et d'un niveau scolaire moyen.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

Valérie ne bénéficie d'aucun suivi.

OBSERVATION N° 10

Véronique a douze ans lors de sa tentative de suicide. Elle pèse cinquante-cinq kilogrammes. Son père est maghrébin et sa mère française. Son hospitalisation dure cinq jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical personnel. Dans ses antécédents familiaux, nous notons qu'elle a un grand-père, un oncle et une cousine diabétiques insulino-dépendants.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

A l'âge de onze ans, Véronique est marquée par le décès de son grand-père maternel. Depuis, elle aurait des idées suicidaires et présenterait des signes de dépression.

Trois mois plus tard, elle est hospitalisée à quatre reprises pour des malaises avec perte de connaissance (le bilan organique est toujours normal).

Il y a trois mois, elle aurait fait une première tentative de suicide.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Véronique a une soeur de dix ans et un frère de deux ans. Sa famille est arrivée à Limoges il y a trois ans. A l'âge de onze ans, elle est marquée par le décès de son grand-père maternel qui avait un rôle de père auprès d'elle. Depuis, des conflits familiaux, larvés jusque là, s'intensifient (ils concernent en particulier le rejet de la partie maghrébine de la famille de Véronique par la famille de sa mère). Sa grand-mère maternelle dit ouvertement qu'elle aimerait que sa fille divorce et traite Véronique de "sale arabe". Sa tante laisse entendre que le père de Véronique aurait eu de nombreuses relations extra-conjugales.

Les parents de Véronique envisagent depuis peu de divorcer.

La tentative de suicide

Véronique prend, en milieu de matinée, au domicile de ses parents où elle vit, des comprimés de TRANXENE 10 mg et du LEXOMIL. Elle ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Véronique arrive dans le service de Pédiatrie I avec une lettre de son médecin traitant.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en pédiatrie, environ quatre heures après l'ingestion du dernier comprimé. Véronique est somnolente. Le reste de l'examen est normal. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage de benzodiazépines dans le sang et dans les urines est positif. Un bilan sanguin complet est normal. L'éthanolémie est nulle ; le dosage de Béta HCG est négatif ; le résultat de la recherche d'hépatite B et C est négatif. Une perfusion est posée après un traitement par IPECA puis charbon activé.

Le lendemain de son arrivée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier, gêné par la somnolence de Véronique, la revoit le lendemain. Il note que ce passage à l'acte serait en rapport avec la réactualisation d'un conflit familial et peut être avec le décès de son grand-père. Il ne retrouve pas de syndrome dépressif. Il estime important que l'enfant soit mise à distance de son milieu familial.

Aucun examen complémentaire n'est demandé.

Eléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

Il semble que le décès du grand-père maternel de Véronique, qui avait un rôle de père auprès d'elle, se conjugue avec la mésentente de ses parents et de leurs familles respectives.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Véronique, maghrébin, travaille et revient tard le soir. Il aurait une vie un peu dissolue. Véronique l'aime beaucoup et regrette son absence fréquente de la maison.

* La mère de Véronique, française, est sans profession. Elle prend en permanence un traitement anxiolytique. Véronique s'identifie beaucoup à elle.

* Véronique a une soeur de dix ans et un frère de deux ans, avec qui elle s'entend bien.

* Du côté paternel, elle ne connaît pas sa famille.

* Du côté maternel, son grand-père est décédé ; sa grand-mère la rejette, ainsi que sa tante. Son oncle, dépressif, a déjà été hospitalisé pour des malaises.

Niveau scolaire

Véronique est en Cours Moyen première et deuxième année, de perfectionnement. Elle est bien intégrée à sa classe. N'ayant pas d'imprégnation culturelle maghrébine, elle se sent française.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Le psychiatre à qui elle avait été adressée à la sortie de l'hôpital ne l'a jamais vue .

* Son médecin traitant ne l'a revue que deux fois. Elle allait bien.

OBSERVATION N° 11

Luc a neuf ans et demi lors de sa tentative de suicide. Il est d'origine espagnole. Son hospitalisation dure trois jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une maladie de Leiner-Moussous, de nombreuses infections broncho-pulmonaires et oto-rhino-laryngées, des traitements par vitamines, et une hospitalisation à l'âge de six ans pour une pneumopathie gauche avec épanchement pleural et amaigrissement.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces antécédents.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Les deux frères aînés de Luc ont respectivement neuf et six ans quand leur mère leur annonce qu'elle attend un troisième enfant. Cette dernière est alors fatiguée, découragée et traitée par TRANXENE. Devant sa détresse morale, on lui conseille même un avortement qu'elle refuse. Elle désire avoir une fille. Elle donne finalement naissance à un petit garçon qu'elle nomme Luc. Peu de temps après son accouchement, elle fait une embolie pulmonaire. Puis, elle est à nouveau hospitalisée pour une dépression et Luc, qui est alors âgé de trois mois, est placé en pouponnière. Il y retournera plusieurs fois pour de nouvelles hospitalisations de sa mère. Son développement est normal à quatre, neuf et vingt-quatre mois. Puis, il est sujet à de nombreuses infections récidivantes, qui lui donnent un statut de "petit fragile". Ses parents le choient beaucoup. A l'âge de neuf ans, il est en cours élémentaire, première année, dans une classe de perfectionnement.

La tentative de suicide

Luc prend un mercredi à vingt et une heures, au domicile de ses parents où il vit, un comprimé de TEMESTA à 2,5 mg appartenant à sa mère (il sait que le TEMESTA fait dormir). Peu de temps après, il va l'avouer à ses parents.

Hospitalisation de l'enfant

Luc arrive dans le service de Pédiatrie I accompagné par son père, sans lettre de son médecin traitant.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne en Pédiatrie une heure après l'ingestion du comprimé. L'examen retrouve une obnubilation et une démarche ébrieuse. Le résultat du dosage des benzodiazépines dans le sang et les urines est négatif. Dans la nuit, il est noté une bradycardie à cinquante-cinq pulsations par minute et une obnubilation importante.

Le lendemain de son entrée dans le service de Pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Celui-ci ne croit pas que cette prise de médicament soit un geste suicidaire. Il l'envisage plutôt comme une tentative de manipulation de la famille. Il remarque que l'enfant présente une abrasion quasi-totale de ses capacités d'expression, peu d'éléments d'élaboration psychique, et peu d'éléments de jeu et de fantaisie. Il n'observe cependant pas d'élément de souffrance psychique et conclut à l'absence de nécessité de prescrire un traitement. Il propose à la mère une aide, par le biais des difficultés scolaires de son enfant, dans le cadre d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Celle-ci n'y est pas favorable. Un nouveau rendez-vous est prévu une quinzaine de jours plus tard.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Eléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

D'après le psychiatre, ce geste n'est pas une tentative de suicide mais plutôt une tentative de manipulation de sa famille. L'enfant a des difficultés scolaires et une difficulté d'élaboration mentale du déplaisir.

Autres motifs possibles

Luc a peut-être des difficultés dans la construction de son identité. On a conseillé à sa mère un avortement ; ses parents voulaient une fille et pas un garçon; sa mère a fait une embolie pulmonaire après l'accouchement et a été plusieurs fois hospitalisée par la suite pour dépression. L'enfant a vécu de multiples placements précoces.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Luc, âgé de quarante-deux ans, manutentionnaire, est de nationalité espagnole. Il est suivi régulièrement pour une pneumopathie tuberculeuse.

* La mère de Luc, âgée de quarante ans, de nationalité espagnole, est sans profession. Elle a été hospitalisée plusieurs fois (pour un kyste rénal, une hernie discale, une embolie pulmonaire, et des épisodes de dépression). Elle serait sous TRANXENE depuis son adolescence. Luc manipule sa mère qui le considère toujours comme un bébé fragile, et qui accepte bien son instabilité et ses colères. Elle se préoccupe plus de son état somatique que de ses résultats scolaires qui l'inquiètent peu.

* Le frère aîné de Luc, âgé de dix-huit ans, a un Certificat d'Aptitude Professionnelle de boucher ; son autre frère, âgé de quinze ans, est en classe de quatrième.

Niveau scolaire

Luc a des difficultés scolaires. Il est en Cours Élémentaire première année dans une classe de perfectionnement.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, Luc se rend au rendez-vous fixé par le psychiatre du service de Pédiatrie. La proposition d'aide dans le cadre du Centre Médico-Psycho-Pédagogique est refusée par sa mère. Il n'est pas donné de suite particulière.

Evolution

Trois ans et deux mois plus tard, Luc est hospitalisé pour une angine et une sinusite, très fébriles. Il a redoublé son cours moyen, première année.

OBSERVATION N° 12

François a douze ans lors de sa tentative de suicide. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure quatre jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons des rhino-pharyngites et des otites à répétition, avec une adénoïdectomie à l'âge de trois ans et demi ; un suivi ophtalmologique pour une myopie nécessitant le port de lunettes depuis l'âge de huit ans ; le port d'un appareil dentaire entre neuf et onze ans ; une fracture du cinquième doigt droit ; une cure de désensibilisation contre les poussières de maison et les graminés avec un traitement de fond au TELDANE ; et une hospitalisation il y a deux mois pour une méningite ourlienne avec une perte de poids de quatre kilogrammes (qui a entraîné une blessure narcissique et a fait écho à la perte de poids de sa mère au cours de sa cure de chimiothérapie).

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces antécédents

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

François a été désiré par ses parents qui sont toujours unis. Quand François est âgé de huit ans, sa mère, dépressive, fait une tentative de suicide (Elle est sous psychotropes depuis). Deux ans plus tard, elle est opérée d'un cancer du sein et fait une cure de chimiothérapie. Elle ne peut donc plus avoir d'autre enfant et arrête de travailler. Depuis, elle a des préoccupations narcissiques et une mauvaise image d'elle même. A l'âge de douze ans, bon élève, François passe en cinquième; Il a des activités extra-scolaires : il fait de la gymnastique dans le souci de reprendre du poids et des muscles, et de remodeler son corps qui ne le satisfait pas. Il joue de la guitare au conservatoire et aimerait devenir professeur de guitare. Il a des goûts musicaux morbides.

La tentative de suicide

François prend vers dix-neuf heures trente minutes, un vendredi, au premier étage de la maison de ses parents, un mélange d'alcool, de barbituriques et de benzodiazépines. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Les parents de François, ayant entendu un bruit de chute, le retrouvent à terre, inconscient, et appellent le S.M.U.R. qui assure son transfert dans le service de Pédiatrie.

Là, il est pris en charge par l'interne de garde en Pédiatrie. Il est inconscient, intubé, sous oxygène mais a une ventilation spontanée régulière. Il est hypotonique. Le reste de l'examen est normal. Des examens complémentaires sont demandés. L'alcoolémie est à 2,4 g/l. On note la présence de barbituriques dans les urines et de benzodiazépines dans ses vomissements. Un bilan sanguin complet est normal. La radiographie pulmonaire, l'examen du fond de l'oeil, le liquide céphalo-rachidien, et l'écho médian sont normaux. L'électroencéphalogramme a un tracé lent, fluctuant, symétrique, réagissant bien aux stimuli nociceptifs des deux côtés. Il ne comprend pas d'anomalie paroxystique.

Cinq jours après son entrée dans le service de Pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychologue. Ce dernier note que François est préoccupé par une image de soi insatisfaisante (il aimerait être grand, brun, musclé, à la peau mate, et il se trouve laid, petit, maigre). Il est blond avec un teint très pâle. Les vacances scolaires ayant constitué une rupture de ses activités habituelles, l'ont amené à une introversion. Un travail lui est proposé pour favoriser une amélioration de son image de soi, à raison d'une fois par semaine pendant trois mois.

Des tests complémentaires sont faits.

Son quotient intellectuel est supérieur à cent vingt.

Le Thematic Aperception Test (T.A.T.) met en évidence une névrose obsessionnelle, des troubles relationnels en raison d'un sentiment identitaire de "différence par rapport à autrui"; un moi idéal élevé, un "sur-moi" très fort et un sentiment de vide existentiel.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après l'enfant, il se trouve laid et ne le supporte pas.

* D'après le psychologue, François a un problème d'identité, des troubles de son image corporelle, des difficultés de communication et une solitude intérieure sans isolement social.

* D'après un prêtre qui l'a vu trois fois, François croit en un au-delà où la vie serait meilleure et ne voit pas la nécessité d'attendre la mort pour y aller. Il ne trouve pas de sens à sa vie, dans un monde qu'il estime cruel et injuste, et qu'il ne peut pas changer (il est en particulier très sensible aux informations concernant la faim dans le monde, et se sent à la fois coupable et impuissant). Il ne comprend pas pourquoi on lui demande d'attendre, de remettre à plus tard le jour où il pourra agir, et aider les autres. Il est également déçu par ses camarades qui ne se préoccupent pas de ces choses là et qui ont des centres d'intérêt futiles. D'autre part, François a toujours eu tout et tout de suite, sans peine (il a des parents aisés, des facilités intellectuelles ; il est estimé par ceux qui l'entourent). On ne lui a jamais donné l'occasion de faire quelque chose de difficile. François a peu d'estime de soi et ne se sent pas aimé. Sa mère l'étouffe et se projette sur lui, l'empêchant d'être lui-même.

Présentation de la famille

* Le père de François est employé de bureau. Effacé et timide, il se dit catholique non pratiquant. François n'aime pas de confier à lui. Il le craint.

* La mère de François, dépressive, opérée d'un cancer du sein, a beaucoup de préoccupations narcissiques. François est son fils unique. Elle ne pourra pas avoir d'autre enfant que lui. Elle se dit catholique, non pratiquante. Les parents de François sont unis, sans relation conflictuelle. Aisés, ils habitent un petit pavillon. Ils n'ont jamais déménagé. Ils vivent centrés sur leur enfant unique.

* François a d'excellentes relations avec ses grands-parents qu'il voit régulièrement.

Niveau scolaire

François est un excellent élève. Il passe en cinquième. Ses relations avec ses professeurs sont bonnes, presque amicales. Il a cependant des difficultés à l'oral. Dans sa classe, il se sent seul, très différent de ses camarades. Ceux-ci l'aiment beaucoup et l'estiment.

Suivi de l'enfant après son hospitalisation

* Le psychologue suit François régulièrement pendant six mois. Ce dernier ne vient jamais en état de demande.

* Son médecin traitant ne l'a jamais revu.

* Le prêtre le voit trois fois, accompagné par ses parents. Il hésite à l'impliquer dans une oeuvre caritative et à remettre en cause sa manière de vivre pour ne pas être en porte-à-faux avec ses parents.

Evolution

A l'âge de treize ans, François est à nouveau hospitalisé pour une tentative de suicide. Son passage à l'acte, préparé depuis quinze jours, est déclenché par une nouvelle coupe de cheveux qu'il ne supporte pas. Il avale une centaine de comprimés, de différents anxiolytiques, et arrive à l'hôpital dans un coma profond. Son désir de mort est important. A la sortie de l'hôpital, François refuse toute prise en charge par un psychiatre ou un psychologue. Il manifeste le désir de rencontrer un aumônier.

Il est à nouveau hospitalisé à l'âge de quatorze ans pour des désirs de mort persistants depuis trois semaines. Il est ambivalent. D'un côté, il trouve que sa vie n'a aucun intérêt ; d'un autre, il fait des projets d'avenir (Il a été reçu au Conservatoire de Paris). A sa sortie de l'hôpital, il est à nouveau suivi par le même psychologue qu'après sa première tentative de suicide et ce pendant deux ans et demi.

A l'âge de dix-sept ans, il fait une nouvelle tentative de suicide. Il avale trente-six comprimés d'AVLOCARDYL et dix comprimés de LYSANXIA. Il arrive à l'hôpital somnolent mais conscient. Cette tentative de suicide serait réactionnelle à un échec sentimental. François se pose toujours des questions sur la vie et sur le libre arbitre. Il présente des signes de dépression sur un terrain obsessionnel.

A l'âge de vingt-ans, François se suicide par arme à feu.

OBSERVATION N° 13

Jacques a douze ans lors de sa tentative de suicide. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure cinq jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons un ictère postnatal, une mise de linge en abduction (pour ressaut de hanche) avec une radiographie de contrôle à trois mois normale, une appendicectomie à l'âge de dix ans, une cystoscopie et une méatostomie pour symphyse à l'âge de onze ans.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous retrouvons une agressivité à l'école comme à la maison durant le mois qui a précédé la tentative de suicide.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant la tentative de suicide

Quatre ans avant la naissance de Jacques, sa mère, Madame X, âgée de dix-neuf ans vit en concubinage avec Monsieur A. Ils ont deux enfants, Damien et Séverine A, qui sont placés dans une famille d'accueil. Madame X quitte Monsieur A et vit avec Monsieur B. Ils ont un enfant : Jacques B. Un an plus tard, Madame X se sépare de Monsieur B, alcoolique, et vient habiter avec Jacques à la Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille. A l'âge d'un an et demi, Jacques est placé dans une famille d'accueil proche du domicile maternel, afin de permettre à Madame X de travailler tout en gardant des liens serrés avec son fils. Un mois plus tard, Monsieur B, âgé de vingt-trois ans décède d'un accident de voiture, poursuivi par la Police pour délit grave. A l'âge de trois ans, Jacques retourne chez sa mère avec une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. Six ans plus tard, il est à nouveau placé dans la même famille d'accueil, à la demande de Madame X qui n'arrive pas à mener de front son travail et l'éducation de son fils. Madame X reprend Jacques pendant les fins de semaines. Quand Jacques a cinq ans, sa mère se marie avec Monsieur C.

Damien et Séverine A reviennent chez elle, avec une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (Monsieur A a un droit de visite un après-midi par mois). Jacques supporte mal ce retour de ses frère et soeur chez leur mère alors que lui est encore en famille d'accueil. A l'âge de six ans, Jacques revient chez sa mère, bénéficiant d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. Peu de temps après, sa mère accouche d'une petite fille : Marie C. Jacques a des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Il va à des séances d'orthophonie.

Quand Jacques a six ans et demi, sa mère se sépare de Monsieur C et obtient la garde de Marie C. Elle entretient de nombreuses relations sans lendemain. Quand Jacques a sept ans, sa mère est hospitalisée pendant trois mois. Les enfants sont admis au Foyer de l'Enfance. A l'âge de huit ans, Jacques fait du rugby, ce qui lui permet de dépenser son énergie. A l'âge de neuf ans, Jacques est opéré d'une appendicite. Quand Jacques a dix ans, sa mère entretient une relation avec Monsieur D, âgé de vingt-trois ans (Ce dernier occupe plus la place d'un cinquième enfant que d'un mari) ; Jacques est hospitalisé pour une cystoscopie et méatostomie pour symphyse. A l'âge de onze ans, il entre en sixième.

La tentative de suicide

Jacques prend, un vendredi vers onze heures trente minutes au domicile maternel où il vit, vingt comprimés d'URBANYL et cinq de LEXOMIL. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Jacques arrive dans le service de Pédiatrie I, conduit par le S.M.U.R. Une lettre de son médecin traitant l'accompagne. (Il aurait des difficultés scolaires et croirait avoir un retard de développement des organes génitaux externes).

L'examen clinique à la prise en charge par l'interne en Pédiatrie est normal, en dehors d'une somnolence. Une perfusion est posée (elle sera arrêtée deux jours plus tard, et Jacques en profitera pour s'échapper du service). Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage des benzodiazépines est positif. Un bilan sanguin standard est normal.

Le cinquième jour de son hospitalisation (jour de sa sortie), Jacques bénéficie d'une consultation avec un interne de psychiatrie. Il refuse de parler et se montre agressif.

L'interne retient la notion d'un contexte familial perturbé, et d'une hospitalisation récente de sa mère. Il fixe un rendez-vous à Jacques et sa mère deux jours plus tard avec le psychiatre du service de Pédiatrie.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

D'après le psychiatre, Jacques, jaloux de sa soeur aînée, que sa mère a plus "investie" du fait de problèmes de santé, chercherait à attirer l'attention sur lui. Il aurait des relations de "copinage" avec les adultes dont il ne respecte pas l'autorité. Il aurait des difficultés d'ordre psychologique tout à fait importantes qui nécessiteraient une psychothérapie.

Autres motifs possibles

Jacques a peut-être des difficultés dans la construction de son identité. Il a été ballotté pendant son enfance entre le domicile de sa mère et divers lieux de placement. Sa place parmi des demi-frères et soeurs de trois lits différents est mal définie. Sa mère a une relation ambiguë, plus ou moins amoureuse avec lui. En effet, il ressemblerait beaucoup à son père qu'elle aimait sincèrement et qui est décédé.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Jacques était un alcoolique, violent (suivi régulièrement dans un Centre Hospitalier Spécialisé). Il est mort à l'âge de vingt-trois ans dans un accident de voiture, poursuivi par la Police pour un délit grave.

* La mère de Jacques, âgée de trente-trois ans, a eu elle-même une enfance difficile. Elevée par son père à partir de l'âge de deux ans, sa mère ayant quitté le domicile conjugal, elle bénéficie rapidement d'une Mesure Educative. Adolescente, elle fugue, fait l'école buissonnière, et tente de se suicider à plusieurs reprises. A l'âge de quinze ans, elle est placée dans un foyer, d'où elle fugue régulièrement.

Depuis l'âge de dix-sept ans, elle est dépressive. Elle est régulièrement sous psychotropes, mais refuse toute prise en charge par psychothérapie. La moindre difficulté lui paraît insurmontable, et elle a beaucoup de mal à prendre des décisions seule. Elle pense que si elle n'avait pas ses enfants, elle se suiciderait. Elle aime ses enfants, mais a une relation perturbée avec eux. Elle reconnaît ne pas être maternelle, ni affectueuse avec eux, et ne pas répondre à leurs besoins. Parfois même, elle les rejette.

Elle est incapable de leur donner des repères et des limites. Incohérente dans ses décisions, elle revient toujours sur ses sanctions. Jacques est pour elle l'enfant de l'amour (ce qui n'est pas le cas de ses autres enfants). Elle l'idéalise et y retrouve son "mari" qui est décédé. Il est son préféré. Elle tolère toutes ses bêtises et pense qu'il finira "en taule" ou de façon tragique comme son père.

* Monsieur A est un homme asocial, amoral, alcoolique et violent. Il totalise huit condamnations judiciaires dont deux pour des faits graves. La dernière fois qu'il s'est présenté au domicile de Madame X, il était ivre mort. Elle a dû appeler la police. Depuis, elle en a très peur.

* Le demi-frère aîné de Jacques, Damien A., âgé de quinze ans est épileptique.

* Sa demi-soeur aînée, Séverine A. âgée de quatorze ans, a été opérée d'un rein. Jacques ne les aime pas alors qu'il "adore" sa petite demi-soeur, Marie C. âgée de six ans et demi.

* Jacques n'a aucune relation avec ses grands-parents. Il voit sa marraine deux fois par an.

Niveau scolaire

Jacques est en sixième. Il a beaucoup de camarades.

Suivi de l'enfant après son hospitalisation

* Jacques vient, avec sa mère, au rendez -vous fixé avec le psychiatre du service de Pédiatrie. Ce dernier, devant l'importance des difficultés d'ordre psychologique de l'enfant, propose un suivi en psychothérapie par un autre psychiatre (qui aurait suivi Jacques pendant son enfance). Il reste cependant à la disposition de la mère et de l'enfant en cas de besoin.

* L'autre psychiatre n'a jamais vu Jacques et ne l'aurait jamais suivi.

* Son médecin traitant ne l'a revu que de temps en temps "pour une angine".

Evolution

A l'âge de douze ans, il est interpellé par la Brigade des mineurs pour vol. Il vole dans les magasins et à l'école. Il refuse de redoubler sa sixième dans le même établissement car il s'y est rendu coupable de vols et d'insolence. Il redouble donc sa sixième dans un autre collège.

Après un bon début d'année, il recommence à voler et à s'absenter des cours. Un placement institutionnel est proposé devant le manque d'autorité et de fermeté de sa mère qui se sent dépassée. Un mois après la rentrée, il change à nouveau d'établissement scolaire. A l'âge de treize ans, il vole de l'argent et une voiture avec un autre jeune de son foyer. Il se fait exclure de son collège à cause de sa violence et de sa paresse. Il se fera à nouveau exclure du prochain établissement au bout d'un mois pour les mêmes raisons.

A l'âge de quatorze ans, plus aucun établissement de la région ne veut l'accepter. Il commence une formation dans le cadre de son foyer. Il continue à voler et fait des fugues. Il joue du couteau ; ivre, il menace un éducateur avec une hache et devient incontrôlable. Il refuse toute forme d'autorité. A l'âge de quinze ans, il se mutile, détruit ses habits au "cutter" et boit jusqu'à trois quarts de litre de whisky en une soirée.

OBSERVATION N° 14

Xavier a douze ans et demi lors de sa tentative de suicide. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure cinq jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Xavier fait l'école buissonnière depuis l'âge de huit ans.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

D'un premier mariage, la mère de Xavier a deux enfants dont elle a toujours la garde. Puis, elle vit avec Monsieur P. et ils ont un fils : Xavier et une fille Sandrine. Quand Xavier a trois ans, son père est victime de malaises d'origine cardiaque qui l'obligent à changer de métier. La "famille" déménage pour habiter dans une exploitation agricole où Monsieur P. est salarié. Quand Xavier a quatre ans, sa mère, qui supporte mal la vie à la campagne, passe son permis de conduire et achète une voiture. Quand il a cinq ans, son père arrête définitivement son activité professionnelle en raison de la pose d'un "pacemaker". Puis, il devient dépressif au point qu'il est hospitalisé pendant un mois. A l'âge de six ans, Xavier et sa famille déménagent pour habiter en ville à un cinquième étage sans ascenseur. Progressivement, les relations conjugales se dégradent. Monsieur P., dépressif, a de plus en plus de difficultés à se déplacer et devient jaloux.

A l'âge de sept ans, Xavier déménage de nouveau pour habiter une maison individuelle dans un village. Sa mère trouve du travail à la mairie et s'absente souvent de son domicile. Monsieur P. la soupçonne d'avoir un ami et ses absences deviennent l'objet de disputes de plus en plus fréquentes. Un an plus tard, la mère de Xavier entretient effectivement une relation stable avec Monsieur Q. et délaisse son foyer. Monsieur P., énervé par l'alcool, devient de plus en plus violent à l'égard de sa "femme". Les enfants en souffrent ainsi que de l'indifférence et du désintérêt de leur mère.

Quand Xavier a onze ans, sa mère est hospitalisée pour une intervention chirurgicale puis quitte définitivement le domicile conjugal. Son père, dépressif, est hospitalisé à son tour. Sa mère trouve alors un logement à Limoges et reprend ses enfants. Elle a toujours une relation avec Monsieur Q., très mal acceptée par ses enfants.

Ces derniers la poussent à espacer ses rencontres avec lui. Monsieur Q., cependant aménage sa maison pour pouvoir accueillir la mère de Xavier et ses enfants. Il les invite chaque fin de semaine. Xavier s'isole de plus en plus en classe et a de moins en moins de centres d'intérêts. Il rejette l'autorité de Monsieur Q. et manifeste le désir de revoir son père. La mère de Xavier, bien qu'elle reproche à Monsieur P. son alcoolisme et sa nonchalance, organise alors des rencontres avec lui pour ses enfants. Ceux-ci le voient régulièrement, environ une fois par semaine. Monsieur P. est heureux d'accueillir ses enfants, mais il est toujours fragile. Il prend en permanence un traitement antidépresseur. Une Mesure Educative est mise en place pour Xavier et Sandrine P.. Elle prend fin quand Xavier a douze ans. Peu de temps après, la mère de Xavier quitte Monsieur Q. et a de nouvelles liaisons sans lendemain. Elle délaisse à nouveau ses enfants. Suite à un signalement, Xavier et Sandrine bénéficient d'une nouvelle Mesure Educative.

La tentative de suicide

Xavier avale, au domicile maternel où il vit, des comprimés de barbituriques, puis va se coucher. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

La mère de Xavier trouve un fils somnolent le lendemain matin vers huit heures. Voulant l'obliger à se lever de son lit, elle le tire et il tombe, se faisant d'importantes contusions à la face. Elle appelle alors le S.A.M.U. A la prise en charge par le médecin du S.A.M.U., Xavier est conscient, mais somnolent. Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une morsure de la langue.

Xavier est transféré dans le service de Pédiatrie I, où il est accueilli par un interne en Pédiatrie. Ce dernier retrouve une diplopie, un nystagmus et une dysmétrie. Des examens complémentaires sont demandés. Le résultat du dosage des barbituriques dans le sang est positif. L'alcoolémie est nulle.

Un bilan sanguin complet est normal. Le dosage d'HbCO et le cycle glycémique sont normaux. Le résultat de la recherche de botulisme est négatif. Les radiographies du crâne de face, de profil et en incidence dite de BLONDEAU sont normales. L'examen du fond de l'oeil est normal. Une consultation en ophtalmologie confirme l'origine médicamenteuse de la diplopie et du nystagmus. L'analyse du liquide céphalo-rachidien est normale. Un premier électroencéphalogramme met en évidence des signes évoquant une prise de barbituriques. Celui de contrôle est normal. Le scanner cérébral est normal.

Quatre jours après son entrée dans le service de Pédiatrie, Xavier bénéficie d'une consultation avec un psychologue. Ce dernier souligne trois points :

- * Xavier est très affecté par la mésentente de ses parents, et par leurs querelles concernant les droits de visite.

- * Il est aussi désespéré par ses mauvais résultats scolaires, en dépit de ses efforts : "Je sais mes leçons le soir et plus le matin".

- * Il voulait tout d'abord "sauter par la fenêtre, mais a eu peur de se faire trop mal".

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Eléments ayant poussé l'enfant vers une tentative de suicide

- * D'après le psychologue, Xavier est très affecté par la mésentente de ses parents et par son échec scolaire.

- * D'après le père de Xavier, son fils serait battu par son demi-frère aîné.

- * D'après le médecin traitant, le dysfonctionnement familial entraîne un climat délétère.

Autres motifs possibles

Xavier a peut-être des difficultés dans la construction de sa personnalité (son père est gravement diminué : pacemaker, dépression, alcool ; sa mère se marie une première fois et a deux enfants, puis vit avec Monsieur P., avec qui elle a deux autres enfants, puis vit un an avec Monsieur Q., puis a de nombreuses liaisons, délaissant ses enfants ; il déménage à l'âge de trois, six, sept, et onze ans). Il est témoin d'actes de violence.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Xavier, âgé de trente-neuf ans, de nationalité française, a un Certificat d'Aptitude Professionnelle de maçon. A l'âge de trente ans, il change de métier pour des raisons de santé et devient salarié agricole. Il est responsable de l'entretien de deux cent cinquante ovins. A l'âge de trente-deux ans, il arrête définitivement de travailler en raison de la pose d'un "pacemaker", et devient dépressif, puis alcoolique. Il fait plusieurs tentatives de suicide, dont certaines en présence de ses enfants.

* La mère de Xavier, âgée de trente-sept ans, est de nationalité française. Elle est femme de ménage.

* Un oncle de Xavier, du côté maternel, s'est suicidé.

* Le demi-frère aîné de Xavier est âgé de dix-sept ans. Il redouble sa classe de seconde. Passionné de dessin, il passe son temps libre à dessiner dans sa chambre. Il est très indépendant de sa famille et a peu d'amis.

* La demi-soeur aînée de Xavier, âgée de seize ans, est apathique. Mauvaise élève, elle a redoublé trois classes de suite; A l'âge de dix ans, elle a appris la véritable identité de son père, considérant jusque-là Monsieur P. comme son père. Cette révélation l'a perturbée.

* La petite soeur de Xavier, Sandrine, âgée de dix ans, a déjà redoublé sa classe de Cours Préparatoire. Elle est perturbée par un suivi médical régulier (bronchite asthmatiforme, scoliose, intervention sur une main, port de lunettes). Timide et impressionnable, elle recherche l'affection de sa mère.

Niveau scolaire

Xavier va redoubler sa classe de Cours Élémentaire deuxième année.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Le psychiatre qui devait suivre Xavier dans un dispensaire proche de son domicile ne l'a jamais vu.

* Son médecin traitant le voit une fois tous les deux ans "pour une angine".

* Xavier est suivi dans le cadre d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. La mère de Xavier, tout d'abord réticente, finit par accepter qu'il revoie son père. Quand Xavier est âgé de quatorze ans, sa mère se marie avec un mauricien. Un an plus tard, ils ont un enfant . Xavier n'aime pas son beau-père. A l'âge de quinze ans, Xavier fait une fugue avec la voiture de sa mère. Il se met à boire de l'alcool avec excès et rentre ivre à la maison. A l'âge de seize ans, il fait une tentative de suicide en s'allongeant sur une route, puis une autre par phlébotomie. Il veut rentrer dans l'armée pour y faire carrière, mais il est réformé. Il ne supporte pas son beau-père qui bat sa mère. A l'âge de dix-huit ans, il est hospitalisé, dans le coma, pour une nouvelle tentative de suicide : il a pris de l'alcool et des benzodiazépines appartenant à son père. Initialement, il voulait tuer son beau-père. Ne l'ayant pas trouvé, il est allé casser des vitrines, puis, conscient de ce qu'il avait fait, il a pris peur et a décidé de se suicider. Il dit ne pas croire en Dieu, mais croire au diable, aimer le mal, le sang et les armes. Il aime se déguiser en fille et aurait des rapports homosexuels. Un avis psychiatrique est demandé. Xavier a une structuration de type psychopathique et présente des signes de dépression. Il refuse tout suivi.

OBSERVATION N° 15

Pierre a douze ans lors de sa tentative de suicide. Il pèse trente-huit kilogrammes et mesure un mètre quarante-neuf centimètres. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure six jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une intervention pour une hernie inguinale et une circoncision à l'âge de un an, une intervention sur le pouce droit à l'âge de trois ans, une hospitalisation pour une gastro-entérite à l'âge de quatre ans et demi, et une surdité centrale.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Pierre est hospitalisé à l'âge de cinq ans et demi pour une ingestion accidentelle de TOFRANIL ayant entraîné une ataxie importante et une chute avec traumatisme crânien et perte de connaissance. Il fait une tentative de suicide par strangulation huit mois avant celle qui nous concerne ayant peur d'aller chez son père.

Éléments de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

La mère de Pierre a trois enfants d'un premier mariage : Alexandra, Bertrand et Pierre M. Lors de sa séparation avec Monsieur M., elle obtient la garde des enfants. Le droit de visite du père est fixé à une fin de semaine sur deux et la moitié des vacances scolaires. Madame M. vit alors avec Monsieur N. qui a lui-même cinq enfants d'un premier mariage, mais qui n'en a pas la garde. Monsieur N., violent, empêche Monsieur M. d'exercer son droit de visite (ce dernier est hospitalisé pour une durée de trois mois à la suite d'une explication avec Monsieur N.). Quand Pierre est âgé de trois ans, le divorce de ses parents est prononcé, et la garde des enfants est attribuée au père. Peu de temps après, naît son demi-frère, Claude N. A l'âge de quatre ans, Pierre et ses frère et soeur bénéficient d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. Leur père, Monsieur M., vit alors avec sa belle-mère, (deuxième épouse de son père). Quand Pierre est âgé de cinq ans, naît son deuxième demi-frère, Damien N.

Un mois plus tard, Pierre est hospitalisé à la suite d'une ingestion accidentelle de médicaments au domicile de sa mère, où il est dans le cadre d'un droit de visite. Cette dernière se marie avec Monsieur N. quand il a six ans. Un an plus tard, naît son troisième demi-frère : Etienne N. et son deuxième demi-frère Damien est hospitalisé, le fils aîné de Monsieur N. l'ayant frappé jusqu'à lui casser un bras. A la suite d'un signalement, les enfants de Monsieur et Madame N. bénéficient d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert. Quand Pierre est âgé de huit ans, naît sa demi-soeur, Françoise N.. Quand il a onze ans, les deux fils aînés de Monsieur N. (issus d'un premier mariage) sont incarcérés, pour trois ans, à la suite d'une tentative de meurtre. Quatre mois plus tard, Pierre fait une tentative de suicide par strangulation, par peur d'aller chez son père. Ce dernier le maltraiterait et serait très injurieux à l'égard de Madame N. (Pierre le déteste). A la suite de cet épisode, les trois enfants M. restent habiter chez leur mère et la justice n'intervient pas. A l'âge de douze ans, Pierre est toujours triste, à l'école comme à la maison. Il est seul et n'a pas d'ami. Il a peu de liens avec ses frères et soeurs. (Bertrand M. est le seul avec lequel il s'entend bien).

La tentative de suicide

Pierre tente de se suicider par strangulation avec une taie de traversin, à vingt et une heures au domicile maternel où il vit. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Sa mère le retrouve inconscient, cyanosé, ne respirant plus. Elle lui fait un massage cardiaque externe. Après quelques "gasp" la respiration reprend. Pierre a des mouvements de décérébration et perd ses urines. Il reste dans un état comateux. Le médecin traitant qui l'examine dix minutes plus tard retrouve une mydriase bilatérale et appelle le S.M.U.R. Pierre est conscient mais agité. L'examen clinique est normal en dehors d'exulcérations latéro-cervicales Une perfusion est posée.

L'enfant est transféré dans le service de Pédiatrie I où il est attendu par un interne de garde en pédiatrie. Ce dernier l'examine et retrouve les traces de strangulation. Pierre tient assis, comprend ce qu'on lui dit, mais refuse de parler. (Le reste de l'examen est normal).

Des examens complémentaires sont demandés. Les radiographies du rachis cervical et du thorax sont normales. L'électroencéphalogramme est normal. Le lendemain de son entrée dans le service de Pédiatrie, Pierre bénéficie d'une consultation avec un interne en Psychiatrie.

Ce dernier note que Pierre a une amnésie de sa tentative de suicide . Il nie les difficultés de sa famille et le divorce de ses parents. Il avoue préférer sa mère à son père.

Deux jours plus tard, le psychiatre du service de Pédiatre souligne six points :

- * Ce geste, présenté comme impulsif et inexplicé, est tout de même une récurrence.

- * Les capacités intellectuelles de Pierre sont normales.

- * Son fonctionnement mental est pauvre, sans beaucoup d'affects, et avec peu de capacités de rêve et de fantaisie.

- * Il semble exister une tonalité dépressive de base, avec une dévalorisation importante et un manque de perspective d'avenir.

- * Le statut de Pierre est confus ; troisième dans une fratrie de sept enfants (dont trois sont d'un premier mariage et quatre d'un autre). Il change de statut en fonction des droits de garde.

- * Il serait également question de violences exercées par le père, ainsi que de relations sexuelles de ce dernier avec l'aîné de ses fils.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Eléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

- * D'après le psychiatre du service de Pédiatrie, voir le paragraphe précédent

- * D'après Pierre, ce geste est inexplicé.

- * D'après la mère de Pierre et son beau-père, ce geste serait lié à un refus de retourner chez son père.

- * D'après le psychiatre qui l'a suivi à sa sortie de l'hôpital, ce geste a été déclenché par une crainte de retourner chez son père, alcoolique, violent, qui aurait perverti sexuellement un de ses enfants.

Autres motifs possibles

Pierre est fréquemment témoin d'actes de violence et vit dans un climat de discorde familial chronique. Il n'a pas d'ami.

Présentation de la famille de l'enfant

* Le père de Pierre, âgé de trente-neuf ans, de nationalité française, est infirmier. Peu avant son divorce, il est emprisonné à la suite d'un délit grave, commis en état d'ébriété. Depuis, il est dépressif et continue à boire. Il reste très attaché à sa femme.

* La mère de Pierre, âgée de quarante ans, de nationalité française, a été adoptée, ainsi que sept de ses frères et soeurs. Son père est handicapé et elle l'aime beaucoup. Elle n'éprouve aucune tendresse pour sa mère.

Elle a travaillé comme Aide Médico-Psychologique dans un établissement où elle a rencontré son premier mari. Elle donne une éducation laxiste à ses enfants, sans repère ni interdit. (ils montent sur la table ou sur la voiture, écrivent sur les murs). Elle n'a pas de notion du danger et laisse souvent ses enfants livrés à eux-mêmes. Elle semble ignorer leurs cris et leurs disputes. Elle a suivi une psychanalyse et fait usage régulièrement de psychotropes ; (on note qu'elle croit aux sorciers, qu'elle a fait exorciser un de ses fils, et a déménagé deux fois à cause de mauvais esprits).

* Monsieur N. est issu d'une famille de treize enfants. Depuis l'âge de quinze ans, il est ouvrier agricole. Fruste, il s'emporte facilement et peut se montrer brutal et excessif. Il est diabétique insulino-dépendant et a du mal à suivre son traitement.

* Pierre a une soeur et un frère aînés, âgés respectivement de quinze et quatorze ans, trois demi-frères âgés de neuf, sept et cinq ans et une demi-soeur âgée de quatre ans.

Niveau scolaire

Pierre est en Cours Moyen deuxième année

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Le psychiatre d'un dispensaire proche du domicile de la famille, et à qui Pierre avait été adressé a suivi ce dernier pendant cinq mois, à raison d'une fois par mois, puis ne l'a pas revu. Lors du dernier entretien, Pierre n'avait plus d'idées suicidaires, mais il avait toujours des difficultés à exprimer ce qu'il ressentait.

OBSERVATION N° 16

Rémi a onze ans lors de sa tentative de suicide. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure trois jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical personnel. Dans ses antécédents familiaux, nous notons deux décès, l'un à six mois par embryofetopathie et l'autre à trois semaines suite à une malformation cardio-vasculaire.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires, ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide et éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Nous n'avons pas d'éléments de réponse

La tentative de suicide

Rémi se pend vers treize heures au domicile paternel. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

L'enfant est dépendu par son père qui procède à un massage cardiaque avec ventilation et fait appeler le S.M.U.R. de Limoges.

A la prise en charge, le médecin du S.M.U.R. constate un coma stade III, aréactif, avec arrêt respiratoire, mais avec un rythme cardiaque régulier. Le visage de l'enfant est cyanosé et l'on voit le sillon de strangulation, incomplet, cervical haut. Rémi est intubé et ventilé, puis acheminé vers le service de réanimation médicale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges.

Le médecin du service de réanimation complète le bilan. L'examen du scanner montre un oedème cérébral, et celui de l'électroencéphalogramme indique une souffrance diffuse, avec un tracé pauvre, ne réagissant pas aux stimulations.

L'évolution est marquée par une mort cérébrale le troisième jour de son hospitalisation.

Motifs de la tentative de suicide - Présentation de la famille de l'enfant - Niveau scolaire

Nous n'avons pas d'éléments de réponse.

OBSERVATION N° 17

Denis a douze ans et demi lors de sa tentative de suicide. Il pèse quarante kilogrammes et mesure un mètre cinquante-sept centimètres. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure onze jours.

Antécédents médicaux

Nous retrouvons une appendicectomie et une éventration.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide.

Denis aurait essayé de se suicider par défenestration une première fois puis par ingestion médicamenteuse. Sa mère venait de lui annoncer que celui qu'il croyait être son père ne l'était pas. Denis a fait quatre fugues par la suite. Depuis quelques semaines, il est irritable, agressif, au point que sa mère n'ose plus le reprendre, et il présente des troubles du sommeil.

Éléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

A sa naissance, la maman de Denis était âgée de quinze ans. Elle s'est mariée alors qu'il avait six mois. Son mari l'a toujours considéré comme son propre fils et ne voulait pas qu'il apprenne la vérité. Or Denis l'a apprise de la bouche de sa mère, dépressive, au cours d'un accès de colère. (Celle-ci avait été victime d'un accident de voiture récemment et s'irritait facilement à cette période). Cette nouvelle a ébranlé Denis qui s'en est immédiatement ouvert à son "père". Quelques jours plus tard, il aurait fait une ou deux tentatives de suicide, sans jamais donner de motif à son acte. Depuis, il n'aurait plus jamais abordé cette question.

La tentative de suicide

Le premier jour, Denis prend, au domicile de ses "parents" où il vit, du FAZOL en poudre. Le lendemain, il fait l'école buissonnière et revient chez lui vers dix heures trente minutes, où il avale un mélange d'alcool et de FAZOL en poudre. A douze heures, il avoue son geste à "ses parents".

Hospitalisation de l'enfant

Denis arrive dans le service de pédiatrie I, accompagné par ses "parents", avec une lettre de son médecin traitant qui l'adresse pour une tentative de suicide au FAZOL après une fugue, avouant ne pas saisir le mobile de ce geste.

Le premier interrogatoire et l'examen clinique sont effectués par un interne de garde en pédiatrie trois heures trente minutes après la dernière ingestion de FAZOL. L'examen est normal. L'interne prescrit du charbon activé puis du MAALOX.

Un bilan sanguin complet est demandé. Il est normal.

Le pronostic vital immédiat est bon.

Le lendemain de son entrée dans le service de pédiatrie, l'enfant bénéficie d'une consultation avec un psychiatre. Ce dernier souligne trois points :

* Les traceurs extérieurs de l'adaptation de Denis sont normaux.

* Ce dernier refuse de parler de son geste.

* Sa mère ne veut pas le reprendre chez elle tant qu'elle ne saura pas ce qui l'a poussé à cette extrémité. Les jours suivants, Denis refuse toujours de parler de son geste. L'hypothèse d'un fonctionnement de protection d'un secret de famille est retenue.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Denis sort avec un traitement par LEXOMIL et HALDOL pour un mois.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

D'après le psychiatre, il existe un fonctionnement de protection d'un secret de famille (le père de Denis n'est pas son géniteur).

Autres motifs possibles

Denis n'a peut être pas été désiré. Il se sent peut être abandonné par son père géniteur, et trahi par "ses parents".

Présentation de la famille de l'enfant

* Nous n'avons aucun élément sur la vie du père géniteur de Denis.

* Son père adoptif, âgé de trente-cinq ans, est mécanicien. Il est effacé, souvent absent, mais affectueux avec "son fils".

* La mère de Denis, âgée de vingt-neuf ans, est diabétique. Elle est d'un tempérament anxieux. Elle s'entend bien avec son mari. L'atmosphère familiale est saine et paisible.

* Denis est l'aîné de quatre enfants. Ses demi-soeurs ont respectivement onze et quatre ans. Son demi-frère est âgé de dix ans. Ils s'entendent bien.

Denis n'a pas de lien avec ses grands-parents.

Niveau scolaire

Denis est en sixième. Il a redoublé sa classe de Cours Élémentaire, deuxième année. Sportif, il a d'excellentes relations avec ses camarades.

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Denis et sa famille ont été adressés à un psychiatre en vue d'un suivi familial. Ce dernier n'a vu Denis et sa mère qu'une seule fois, un mois après sa sortie de l'hôpital.

* Son médecin traitant l'a vu environ une fois par an. Il nous fait part de l'excellente scolarité de Denis qui désire devenir professeur d'anglais.

OBSERVATION N° 18

Jean Marc a douze ans lors de sa tentative de suicide. Il pèse quarante kilogrammes. Il est de nationalité française. Son hospitalisation dure dix jours.

Antécédents médicaux

Nous ne retrouvons aucun antécédent médical.

Antécédents de tentatives de suicide, d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Nous ne retrouvons aucun de ces antécédents

Eléments retrouvés de la vie de l'enfant avant sa tentative de suicide

Jean-Marc vit dans une famille unie, qui ne rencontre pas de difficultés particulières. Il y semble bien accepté. Il n'a pas déménagé ni vécu de deuil récemment. Renfermé, il préfère les activités ménagères au plein air et au bricolage avec son père (au grand désespoir de ce dernier).

La tentative de suicide

Jean-Marc tente de se suicider en se tirant une balle dans la tempe droite, avec une arme à air comprimé, un soir, au domicile de ses parents où il vit. Il ne prend pas de précautions pour dissimuler son acte.

Hospitalisation de l'enfant

Jean-Marc est découvert par son père qui le conduit à l'hôpital le plus proche, où il est examiné par un interne de garde. L'examen clinique est normal, en dehors d'une petite plaie temporale droite. La radiographie du crâne met en évidence un plomb en région temporale droite. Jean-Marc est alors adressé au service des urgences du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges (C.H.R.U.) pour un scanner cérébral et un avis neurochirurgical, ainsi que pour une consultation avec un pédopsychiatre. Le trajet est effectué en ambulance.

A l'arrivée au C.H.R.U. (environ quatre heures après le passage à l'acte), Jean-Marc est examiné par un interne en neurochirurgie. L'examen neurologique est toujours normal. Le scanner permet de voir un éclat métallique fronto-pariétal droit, dépassant de la paroi osseuse en région intra-parenchymateuse. Les structures médianes sont en place. Il ne met pas en évidence de saignement intracrânien, ni de pneumoencéphalie, ni d'œdème cérébral. Le résultat du dosage de l'alcool, des barbituriques et des benzodiazépines dans le sang est négatif. Le bilan sanguin "standard" est normal. Une perfusion est posée et l'enfant est transféré dans le service de Chirurgie Pédiatrique. Le lendemain, la balle et des esquilles osseuses sous-jacentes sont extraites sous anesthésie générale. Le scanner réalisé en période postopératoire met en évidence un épaississement des parties molles pariéto-temporales droites, la présence d'un petit corps étranger métallique et d'un saignement minime en regard. Il ne permet pas de déceler d'autre anomalie.

Le jour même de son entrée dans le service de chirurgie pédiatrique, Jean-Marc bénéficie d'une première visite du psychiatre. C'est une prise de contact en vue d'un suivi ultérieur. Le psychiatre estime alors que le fonctionnement mental de Jean-Marc est normal. Ce dernier est perplexe quant à son passage à l'acte et appréhende l'intervention chirurgicale à venir.

Deux jours plus tard, le psychiatre note que Jean-Marc est toujours fixé sur des sensations physiques, certes réelles, mais aussi utilisées comme des défenses vis à vis de ses inquiétudes qu'il ne réussit à formuler que dans un deuxième temps : que pensent ses parents de lui ? vont-ils encore l'aimer ? Sont-ils en colère ? Pourra-t'il sortir de l'hôpital rapidement et retourner à l'école ? Le psychiatre estime que Jean-Marc est encore dans une phase de sidération psychique.

Trois jours plus tard, le psychiatre reçoit les parents de Jean-Marc en consultation. Il ne repère pas d'anomalie du fonctionnement de ce couple. Cependant, il leur propose un suivi en consultation familiale pour les rassurer. Le lendemain, le psychiatre rencontre ensemble Jean-Marc et ses parents. Il ne retrouve pas d'anomalie dans leurs relations. Il note cependant l'existence d'une tradition dans la famille du père qui consiste à faire dans sa jeunesse des bêtises éventuellement graves. Cette tentative de suicide entrerait dans ce cadre.

La sortie est prévue trois jours plus tard avec un rendez-vous avec le psychiatre de l'hôpital.

Aucun test complémentaire n'est demandé.

Éléments ayant pu pousser l'enfant vers une tentative de suicide

* D'après le psychiatre, il existe une tradition dans la famille du père qui consiste à faire dans sa jeunesse des bêtises éventuellement graves. Cette tentative de suicide entrerait dans ce cadre.

* D'après le médecin traitant, le père de Jean-Marc supporte mal que son fils soit attiré comme une fille par les tâches ménagères alors qu'il ne l'est pas par le sport et par les activités de plein air. Ceci serait à l'origine de conflits entre eux.

Présentation de la famille de l'enfant

Nous n'avons pas beaucoup d'éléments concernant cette famille "sans problèmes". Les parents de Jean-Marc seraient assez distants physiquement de leur fils. (Ils ne l'embrassent pas et n'ont pas de contact physique avec lui). Dans leur façon de communiquer, ils ne disent que le minimum nécessaire.

* La mère de Jean-Marc est peut être un peu possessive. Elle traverse régulièrement des phases de dépression.

* Jean-Marc s'entend bien avec son unique soeur.

Niveau scolaire

Nous ne connaissons pas le niveau scolaire de Jean-Marc

Suivi de l'enfant après l'hospitalisation

* Jean-Marc et ses parents se rendent au rendez-vous fixé par le psychiatre du service de Pédiatrie, trois semaines après sa sortie de l'hôpital. Il ressort de leur entretien que les parents de Jean-Marc doivent être attentifs aux manifestations d'inadaptation de leur fils, scolaires ou familiales, mêmes mineures. Ce dernier, étant timide, a du mal à s'adapter aux situations nouvelles et à exprimer ses sentiments. Le psychiatre, estimant qu'un travail plus incisif pourrait être mal vécu par Jean-Marc et ses parents, leur conseille plutôt de reprendre contact avec lui à la moindre difficulté.

* Onze jours plus tard, Jean-Marc est revu en consultation dans le service de neurochirurgie. L'examen clinique est normal ainsi que l'électro-encéphalogramme. Il peut reprendre toutes les activités qu'il souhaite et ne nécessite plus de suivi.

* Son médecin traitant ne l'a pas revu.

2 - 2 - Résultats analytiques et comparaisons point par point avec les références bibliographiques

Nous avons répertorié dix-huit dossiers. Ils concernent des enfants ayant été hospitalisés dans trois services différents :

- seize dans le service de Pédiatrie I
- un dans le service de Chirurgie Pédiatrique
- un dans le service de Réanimation

Parmi ces dix-huit enfants, un seul (âgé de onze ans) est décédé des suites de son passage à l'acte (pendaison) : observation N° 16. Un deuxième enfant est décédé à l'âge de vingt ans, se donnant la mort par arme à feu (observation N° 12).

Nombre des enfants de moins de treize ans par rapport à la totalité des enfants et adolescents hospitalisés pour tentative de suicide dans le service de Pédiatrie I

Année.	Enfants entre 0 et 17 ans	Enfants de moins de 13 ans	%
31.8.83 au 31.8.84	24	1	0,04
31.8.84 au 31.8.85	23	0	0
31.8.85 au 31.8.86	35	1	0,03
31.8.86 au 31.8.87	49	4	0,08
31.8.87 au 31.8.88	46	2	0,04
31.8.88 au 31.8.89	24	0	0
31.8.89 au 31.8.90	83	3	0,04
31.8.90 au 31.8.91	74	1	0,01
31.8.91 au 31.8.92	77	1	0,01
31.8.92 au 31.8.93	99	3	0,03
Total	534	16	0,03

La fréquence des tentatives de suicide chez les enfants âgés de moins de treize ans est très faible. Elle semble stationnaire au cours des années, oscillant entre 0 et 4 par jour.

Nous avons recensé un grand nombre de statistiques concernant la fréquence des tentatives de suicide et celles des décès par suicide chez les enfants et adolescents.

Nous n'avons pas pu en exploiter un certain nombre car elles concernaient des tranches d'âge différentes des nôtres (soit des enfants de moins de 10 ans **(5,25)**, soit des enfants de moins de 12 ans **(12,18,23,24)**, soit des enfants de 0 à 14 ans **(5,10,13,14,16,17,18,24,25)**).

Les statistiques que nous retenons concernent la comparaison des fréquences de tentatives de suicides avant l'âge de 13 ans et entre 0 et 17 ans.

Elle est de :

- 0,14 dans une étude grecque faite sur la période de janvier 1977 à décembre 1982 portant sur 2 050 enfants et adolescents **(26)** ;

- 0,03 dans une étude de ROSENBERG et LATIMER faite sur la période 1950-1963 et portant sur 372 sujets **(12)** ;

- 0,04 dans une étude faite en 1983 sur une période de trois ans, et portant sur 25 sujets **(5)** ;

- 0,16 dans une étude de DUCHE faite sur la période 1948-1963 et portant sur 169 sujets **(18)**.

Répartition des tentatives de suicide en fonction des mois de l'année

Mois de l'année	Garçons	Filles	Total
Janvier	1		1
Février	0	1	1
Mars	0	1	1
Avril	0	0	0
Mai	1	2	3
Juin	1	1	2
Juillet	0	2	2
Août	3	2	5
Septembre	0	0	0
Octobre	0	0	0
Novembre	2	1	3
Décembre	0	0	0

Nous n'avons aucune tentative de suicide en avril, septembre, octobre et décembre.

Nous en avons 5 en août.

Nous ne retrouvons pas les mêmes tendances que dans les études **(8,13 et 16)**. Mais de toutes façons, leurs échantillons et le notre sont trop faibles pour que nous puissions en comparer les résultats.

Proximité d'un anniversaire

Nous ne retrouvons que quatre observations (8,9,13 et 16) pour lesquels la date de la tentative de suicide est proche de celle de l'anniversaire de l'enfant à 15 jours près.

Un peu plus d'un quart des sujets se tueraient au cours des deux semaines précédant ou suivant leur anniversaire **(25)**.

Le sexe

Nous dénombrons huit garçons et dix filles.

Cette prédominance féminine est confirmée par les données de la littérature **(13,26,41)**.

L'âge

Age en année	Garçons	Filles	Total
0-1			
1-2			
2-3			
3-4			
4-5		1	1
5-6			
6-7			
7-8			
8-9	1	1	2
9-10			
10-11	1	1	2
11-12	2	6	8
12-13	4	1	5

15 enfants sur 18 ont plus de dix ans, chiffre comparable à ceux d'autres études **(16,18)**.

En revanche, un enfant a moins de 5 ans.

Nous n'avons pas relevé dans la littérature de cas publiés au dessous de l'âge de 5 ans. Le National Center of Health Statistics, en particulier, ne recense pas les suicides au dessous de l'âge de 5 ans **(17)**. C'est le cas aussi en France où les tranches d'âges étudiées par l'I.N.S.E.R.M. commencent à partir de l'âge de 5 ans.

Nationalité ou culture d'origine

Nationalité ou culture	garçons	filles	Total
Française (père et mère)	7	7	14
Vietnamienne (père et mère)		1	1
Espagnole (père et mère)	1		1
Maghrébine (père et mère)		1	1
Maghrébine (père seul)		1	1

14 enfants sur 18 sont d'origine française.

Dans la littérature **(13)**, ce sont les enfants d'origine étrangère qui sont plus souvent en cause.

La durée de l'hospitalisation

Durée en jours	Garçons	Filles	Total
0		1	1
1			
2		2	2
3	2	1	3
4	1	2	3
5	2	1	3
6	1		1
7		1	1
8			
9		1	1
10	1		1
11	1		1
12			
13		1	1

La durée d'hospitalisation varie entre 0 et 13 jours.

11 sur 18 ont une durée d'hospitalisation comprise entre 2 et 5 jours.

Nous retrouvons la même amplitude de durée d'hospitalisation entre 0 et 13 jours dans l'étude **13**.

Le service de Pédiatrie du C.H.R.U. de Limoges conseille une durée d'hospitalisation d'une semaine en 1987 **(1)**.

D'autres proposent une hospitalisation de 24 heures et une consultation avec un psychiatre qui décide alors de la sortie ou de la prolongation de l'hospitalisation **(13,39)**. (C'est ce qui s'est passé dans notre étude).

L'hospitalisation est impérative dans les cas où l'enfant est blessé, où il présente des signes de dépression grave, où l'on craint une récurrence imminente, ou devant un contexte familial dangereusement perturbé ou réagissant négativement **(16,25,39)**.

Certains la conseillent même en l'absence de danger vital **(13)**, d'autres non **(25)**.

Elle permet une séparation provisoire et bénéfique de l'enfant et de son milieu de vie habituel **(18,25)** et une reprise du dialogue entre les parents et leur enfant **(18,23)**.

Les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Garçons	Filles	Total
Pas d'antécédent médical	3	5	8
Antécédent d'hospitalisation	5	4	9
Autres antécédents	0	1	1

Antécédents de tentatives de suicide , d'équivalents suicidaires ou de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide

Antécédents	Garçons	Filles	Total
de tentatives de suicide	2	1	3
d'équivalents suicidaires	1	1	2
de signes avant-coureurs d'une tentative de suicide	3	6	9
Total	6	8	14
Aucun antécédent	4	3	7

Dans les antécédents de tentatives de suicide, nous retrouvons une tentative par strangulation (observation N° 15) et une par défenestration (observation N°17).

Dans les antécédents d'équivalents suicidaires, nous notons une prise de cinquante comprimés homéopathiques par une fille de trois ans (dossier N°5) et une intoxication au TOFRANIL ayant entraîné une chute avec traumatisme crânien chez un garçon de cinq ans et demi (observation N° 15).

Dans les signes avant-coureurs d'une tentative de suicide, nous retrouvons des troubles du sommeil et une irritabilité accrue dans les jours qui ont précédé la tentative de suicide (cas N° 1 et 17), des cauchemars (cas N° 3), des menaces de pendaison (cas N°4), des fugues (cas N° 6 et 9), des malaises à répétition (cas N° 10), une agressivité accrue avant la tentative de suicide (cas N° 13) et un absentéisme scolaire (cas N°14).

Dans deux cas (observations N° 10 et 17), on note à la fois des antécédents de tentative de suicide et de signes avant-coureurs. Dans un cas (observation N° 15), il existe un antécédent de tentative de suicide et un équivalent suicidaire.

Dans sept observations sur dix-huit, nous n'avons aucun antécédent.

Ces antécédents ne sont pas retrouvés dans plusieurs études **(16,25,41)**, ce qui n'est pas le cas chez les adolescents.

Trois études mentionnent des préoccupations concernant la mort plus fréquente chez les pré adolescents suicidants que chez les non-suicidants. **(18,23,29)**.

Les moyens utilisés

Moyens	Garçons	Filles	Total
Ingestion de médicaments avec ou sans alcool	5	9	14
Pendaison	1	1	2
Strangulation	1		1
Arme à feu	1		1

Les médicaments ingérés sont essentiellement des psychotropes :

- benzodiazépines dans dix cas
- antidépresseurs dans deux cas
- barbituriques dans deux cas.

Dans trois observations, les médicaments pris ne sont pas des psychotropes, mais ils sont ingérés, soit avec un psychotrope, soit avec de l'alcool.

Nous retrouvons deux cas de prise d'alcool en association avec un autre médicament, et ce chez des garçons.

Dans trois observations concernant des filles, la prise de médicaments se répète deux ou trois jours de suite.

Les moyens utilisés dans 5 études sont :

- dans environ 70 pour 100 dans cas des médicaments (dont environ deux tiers sont des psychotropes)

et dans environ 30 pour cent des cas des moyens violents **(12,13,16,25)**.

Ces moyens violents sont cités en première position dans deux études concernant des enfants de moins de 13 ans **(18,23)** et dans quatre études concernant des enfants de 0 à 14 ans ou de 0 à 15 ans **(10,17,24)**.

Lieu de la tentative de suicide

Lieu	Garçons	Filles	Total
Au domicile maternel (le père non présent au foyer)	4	6	10
Au domicile des parents qui sont unis	3	0	3
Au domicile des parents en cours de divorce	0	2	2
Chez des voisins (père non présent au foyer)	0	2	2
Au domicile paternel	1	0	1

Dans douze observations sur dix-huit, le père n'est pas présent au foyer ,
et dans deux cas sur douze, les parents sont en cours de divorce.

Dans trois cas sur dix-huit, les parents sont unis.

Les tentatives de suicide auraient lieu plutôt au domicile, puis à l'école,
puis dans un lieu public (13,16).

Situation des pères absents au foyer lors de la tentative de suicide

Situation du père	Garçons	Filles	Total
Décédé	1	2	3
Divorcé	1	3	4
Séparé	2	2	4
vit dans une autre région		1	1
Total	4	8	12

En 1985, en France, 2 000 000 d'enfants vivent séparés de leur père. 600 000 d'entre eux ne le voient plus du tout **(37)**.

L'absence du père ou de relation avec le père dépend généralement de la mère. Celle-ci, en privant son enfant de son père, le prive aussi, souvent, de ses grand-parents, de ses cousins et d'une partie de sa famille (et de la solidarité familiale). C'est comme si la rupture du couple parental entraînait d'une certaine façon la rupture de la filiation **(37)**.

Les conséquences semblent importantes pour l'enfant, psychologiquement et socialement.

Le fils, plus particulièrement, a besoin d'un homme auquel il puisse s'identifier **(33, 37)**, qui l'aime de façon chaleureuse et personnelle **(40)**. S'il n'a jamais lutté ni échangé de bourrades avec lui, c'est généralement une privation, un manque dont peu de gens peuvent mesurer l'importance **(27)**.

L'absence de père chez l'enfant jeune entraînerait peur, pauvreté dans l'expression des sentiments, gêne, honte, sentiment de solitude voire d'abandon. Elle réduirait ses chances matérielles et son intégration dans la société **(37)**.

Les enfants qui voient encore leur père ne le voient souvent que de façon épisodique ou pendant les vacances. C'est un père qui ne va pas au bureau et qui n'a pas d'épaisseur sociale **(37)**.

Situation des mères séparées du père de l'enfant lors de la tentative de suicide

Situation de la mère	Garçons	Filles	Total
Vit seule	0	3	3
Vit avec un autre homme	3	4	7
A des amants	1	1	2
Total	4	8	12

Horaire de la tentative de suicide

Horaires	Garçons	Filles	Total
10h30 - 13 h	3	1	4
fin d'après-midi	0	1	1
19h-21h	5	5	10
inconnu	0	3	3

L'horaire de la tentative de suicide serait plutôt vespéral (60 % entre 18 heures et 9 heures) **(13)**.

Précautions prises pour dissimuler la tentative de suicide

Nous ne retrouvons pas de cas où l'enfant aurait pris des précautions pour dissimuler son acte.

Le passage à l'acte est-il impulsif ou non ?

Passage à l'acte	Garçons	Filles	Total
Non impulsif	1	4	5
Sans réponse	7	6	13

Des observations contradictoires retrouvent, soit la notion d'impulsivité et l'absence de préparation de la tentative de suicide à cet âge **(18)**, soit au contraire une volonté délibérée de suicide **(25)**.

Conditions d'arrivée dans le service de Pédiatrie

(de 17 enfants sur 18, l'un d'entre eux n'étant pas hospitalisé : cas N° 2)

Dans six cas sur dix-sept, l'enfant arrive dans le service de Pédiatrie, par le S.M.U.R. (Dans cinq de ces cas, l'enfant est un garçon).

Dans huit observations sur dix-sept, le patient est adressé par le médecin traitant.

Dans trois cas sur dix-sept, l'enfant est accompagné par ses parents ou substituts ; dans sept dossiers sur dix-sept, par un seul de ses parents (cinq mères, deux pères) et dans sept sur dix-sept, nous ne savons pas si l'enfant est accompagné.

Si au moins un des parents n'accompagne pas son enfant à l'hôpital, le clinicien devrait le noter. Ce peut être le signe d'un manque de soins ou d'un courroux vis à vis de l'enfant, ou d'un manque de cohésion familiale.

Un mauvais suivi du traitement à la sortie de l'hôpital est alors à prévoir **(39)**.

Le premier contact avec un médecin

(pour 17 enfants sur 18, l'un d'entre eux n'étant pas hospitalisé : cas N° 2).

Il est réalisé par le médecin traitant dans huit cas sur dix-sept, par le S.M.U.R. dans quatre cas sur dix-sept, par un interne du service de Pédiatrie I dans quatre cas sur dix-sept, et par l'interne de garde d'un hôpital "périphérique" dans un cas sur dix-sept.

Quand l'enfant arrive dans le service de Pédiatrie, il est toujours accueilli par un interne en Pédiatrie.

L'enfant est examiné moins de six heures après sa tentative de suicide dans quinze dossiers sur dix-sept, et le lendemain dans deux dossiers sur dix-sept.

Quand l'enfant bénéficie-t'il d'une consultation avec un psychiatre ou un psychologue

Ce paragraphe ne concerne que seize observations puisque l'enfant du cas N° 2 n'est pas hospitalisé et celui du cas N° 16 ne sort pas du coma.

Pendant leur hospitalisation, les enfants de ces seize observations bénéficient tous d'au moins une consultation, que ce soit avec un psychiatre ou un psychologue.

Ce nombre de consultations est d'une seule dans dix observations, de deux dans quatre, de trois dans une et de cinq dans un cas.

Dans douze observations, l'enfant est vu le lendemain de son hospitalisation (1, 3 à 11, 15, 17).

Dans une observation, il est vu le jour même de son hospitalisation (18).

Dans trois observations, les enfants (ayant eu une perte de conscience) ne sont vus qu'au quatrième ou cinquième jour d'hospitalisation.

Le psychiatre (ou le psychologue) retrouve :

- dans deux observations, une "problématique névrotique" (1,12)
 - dans deux observations, une "désorganisation anxio-dépressive" (8,15)
 - dans deux observations, un fonctionnement mental pauvre avec peu d'affects, peu de capacités de rêve et de fantaisie (11,15)
 - dans dix autres observations, une détresse psychologique (3à7, 9,10,13,14,17)
- et dans une observation, un fonctionnement mental normal (18).

La précocité et la qualité du premier entretien psychiatrique seraient des éléments fondamentaux pour la réussite du traitement **(25)**.

Certains auteurs soulignent la nécessité pour le psychiatre de voir d'abord l'enfant seul, puis les parents seuls, puis l'enfant et les parents ensemble.

Lorsque le psychiatre rencontre l'enfant, l'entretien a lieu sur le principe du libre échange **(11,12,13)**. Il parle avec l'enfant de son geste (depuis quand a t'il ce projet ? ; en a t'il parlé à quelqu'un ? Comment s'est déroulée la journée précédant ce geste ? Connaît-il la gravité de la méthode utilisée ? Quels sont les facteurs déclenchants immédiats ? Que s'est-il passé en lui ?) **(18,23,39)**. Il essaye d'établir la liste des problèmes de l'enfant et de la famille **(39)**.

C. FLAVIGNY (1980) souligne à l'enfant l'immense pouvoir que son geste lui confère sur ses parents, reconnaissant que ce dernier traduit sûrement les grandes difficultés auxquelles il se trouve confronté, mais auxquelles aussi doivent exister d'autres solutions **(11,18,25)**.

Le psychiatre recherche également une psychopathologie chez l'enfant, évalue le risque de récurrence, et décide de la nécessité ou non d'une prolongation de l'hospitalisation **(13)**.

Lorsque le psychiatre rencontre les parents, il les aide à exprimer ce qu'ils ressentent (souffrance, détresse, culpabilité, indifférence, surprise) **(16,18,23)**. Il réfléchit avec eux sur ce qui a amené le geste de l'enfant, sur les problèmes de l'enfant et de la famille, et recherche les points d'action possibles **(11,16,18,23,25,39)**. Il leur précise d'emblée que la surveillance souhaitée est prolongée **(11,13,39)** et fixe avec eux le nombre d'entrevues qu'il estime nécessaires après la sortie de l'enfant de l'hôpital, et leur contenu **(39)**.

Lorsque le psychiatre rencontre les parents et l'enfant ensemble, il se place en tiers, permettant une meilleure communication **(16)**. Ils discutent ensemble des problèmes évoqués séparément par l'enfant et par les parents, prennent mieux conscience de leurs insatisfactions réciproques et essayent de trouver des solutions adaptées **(11,18,23,25,39)**.

Il n'est pas retrouvé de troubles mentaux caractérisés, de psychoses, ou d'états névrotiques typiques dans la plupart des études concernant les enfants âgés de moins de 13 ans **(5,16,18,23,24,25,41)**.

L'association dépression - suicide est par contre très controversée. La définition et les caractéristiques d'une dépression chez l'enfant varient d'un auteur à l'autre. Des éléments dépressifs sont retrouvés dans trois études **(16,21,25)**. Ils seraient rares dans deux études **(5,18)**. Le risque suicidaire serait plutôt corrélé avec le désespoir qu'avec la dépression dans deux études **(25,29)**.

Les tests complémentaires

Seule l'observation N° 12 bénéficie de tests complémentaires.

Il s'agit du "Thematic Aperception Test" (concernant les difficultés relationnelles de l'enfant, et la qualité de ses images de références paternelles et maternelles) et de l'évaluation du "quotient intellectuel".

Nous retrouvons aussi l'absence de demande, à titre systématique, de tests complémentaires dans trois études **(5,11,13)**.

Conséquences somatiques de la tentative de suicide

Nous constatons dans quatre cas (12,14,15,16) une perte de connaissance. (Ce sont tous des garçons). Dans neuf observations (1,3,5,7,8,10,11,13,18), nous retrouvons une obnubilation et des troubles neurologiques passagers, ou des atteintes ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Dans quatre cas (4,6,9,17), l'examen clinique est normal.

Nos résultats rejoignent ceux de deux études **(13,25)**

Perte d'une personne importante pour l'enfant suite à un deuil récent ou ancien, ou suite à un éloignement géographique définitif

Nous retrouvons une perte définitive d'une personne importante pour l'enfant dans dix observations (1 à 5, 7,8,10,13,17). C'est le père dans neuf cas et le grand-père dans un cas (N° 10) (ce dernier ayant eu un rôle de père). Nous ne comptabilisons pas ici les pères divorcés ou séparés qui voient leurs enfants périodiquement).

Nous ne retrouvons pas de perte dans six observations (6,11,12,14,15,18).

Nous ne pouvons pas répondre pour les dossiers N° 9 et 16.

Il est à noter que dans la famille de l'enfant N° 16, il y a eu deux décès de jeunes enfants, l'un à six mois et l'autre à trois semaines.

Un deuil récent ou ancien d'une personne clé, la perte ou la rupture d'un attachement majeur, l'effondrement d'une relation significative pour l'enfant (autre que ses parents), sont fréquemment cités comme étant des facteurs pouvant pousser l'enfant vers une tentative de suicide **(13,16,18,21,24,25)**.

Foyers désunis

Nous retrouvons un foyer désuni dans treize observations sur dix-huit (N° 1 à 10 et 13 à 15). Dans trois cas (N° 11, 12 et 18), les parents sont unis et dans l'observation N° 17, le couple est uni, mais l'homme n'est pas le père de l'enfant. Nous n'avons pas de renseignement concernant les parents de l'enfant N° 16.

De même, une dissociation de la famille, une séparation ou un divorce des parents peuvent pousser un enfant vers une tentative de suicide **(8,12,13,16,18,23,24)**

Un des facteurs, d'après DUCHE, serait la culpabilité de l'enfant devant la séparation de ses parents.

Parents présents physiquement mais absents dans leur relation avec l'enfant

Dans huit cas (1,3,5,6,7, et 13 à 15), le père est absent physiquement du domicile, et la mère est présente physiquement mais absente dans sa relation auprès de l'enfant.

Dans trois cas, (2,4,8), le père est absent physiquement, mais la mère est présente dans sa relation auprès de l'enfant)

Dans deux observations (10,12), le père est présent physiquement, mais absent dans sa relation auprès de l'enfant.

Dans deux cas seulement, l'enfant a ses deux parents présents physiquement et dans leur relation.

Nous ne pouvons pas répondre à cette question pour trois enfants (9,16,18).

Au total :

* Absence physique ou dans leur relation des deux parents : 8 observations

* Absence physique ou dans leur relation d'un des deux parents : 13 observations.

* Absence, dans leur relation uniquement, d'un des deux parents : 10 observations.

Maladie physique ou psychique grave dans l'entourage de l'enfant

Dans deux cas (2,7), nous ne retrouvons pas de malade dans l'entourage de l'enfant.

Dans deux autres cas (9 et 16), nous n'avons pas de renseignements sur l'état physique et psychique de l'entourage de l'enfant.

Pour les quatorze autres observations, nous retrouvons une ou plusieurs maladies graves, physiques ou psychiques, soit chez le père, soit chez la mère, soit dans la famille proche de l'enfant.

Nous ne retrouvons qu'une seule personne malade dans six cas (5,8,12, 13,17,18) et c'est toujours la mère de l'enfant. Nous retrouvons deux personnes malades dans cinq observations (1,3,6,10,11) et trois personnes malades dans trois cas (4,14,15).

Nous retrouvons la notion de parents ayant des tendances dépressives, ayant fait des tentatives de suicide, ou ayant des préoccupations suicidaires dans de nombreuses études concernant les tentatives de suicide chez des jeunes enfants **(6,13,16,18,25,29)**.

Selon Pfeffer et Al. (1979-1980), les tendances dépressives et suicidaires des parents peuvent être intériorisées et devenir partie intégrante de l'image de soi. L'identification aux fantasmes de mort des parents accroît le risque de passages à l'acte chez l'enfant **(25)**.

PYNOS conseille d'intervenir auprès des enfants ayant assisté à un suicide ou à une tentative de suicide. Ceux-ci ont souvent des visions ou des pensées désagréables et ils imitent les comportements suicidaires qu'ils ont vus **(6)**.

De même, une maladie grave dans la famille peut pousser l'enfant à passer à l'acte **(5,12,13,16,29)**. L'entourage de l'enfant aux prises avec ses préoccupations cesse de surveiller et de protéger l'enfant des dangers qui le menacent. De son côté, l'enfant livré à lui-même, se sentant abandonné, mal aimé, perd son estime de soi et la valeur accordée à sa propre sécurité **(18)**. Il peut aussi passer à l'acte pour attirer l'attention sur lui **(21,39)**.

L'enfant qui vit en permanence avec une personne dépressive ou gravement malade règle sa conduite en fonction des réactions de cette personne. (Si je fais ça ou si je dis ça, elle va pleurer, elle va souffrir, ça va la fatiguer). Il refoule un certain nombre de désirs, de projets, et éprouve des difficultés à développer son identité.

Alcoolisme dans l'entourage de l'enfant

Nous retrouvons sept fois une personne alcoolique dans l'entourage proche de l'enfant (3,4,6,7,13,14,15) . Nous n'en trouvons pas dans huit cas (1,2,5,8,10,11,12,17). Nous n'avons pas ce renseignement dans trois observations (9,16,18).

Violence dans l'entourage proche de l'enfant

Dans cinq observations, nous ne retrouvons pas de violence (5,11,12,17,18).

Dans deux cas, (9,16), nous n'avons pas de renseignement à ce sujet.

Dans onze dossiers, nous retrouvons de la violence, soit chez le père de l'enfant, soit chez la mère, soit chez les frères, soit chez le nouveau conjoint de la mère, soit chez plusieurs de ces personnes.

Le père est en cause dans six cas (1,6,7,10,14,15), la mère dans quatre cas (3,10,14,15), les frères dans l'observation N° 2, le nouveau conjoint de la mère dans quatre observations (4,8,13,15) et deux ou trois de ces personnes dans trois observations (10,14,15).

De nombreuses études ont montré le lien entre le passage à l'acte suicidaire et la vie dans une ambiance chronique de conflits, de mécontentement, de désaccord, de discorde, d'hostilité, de querelles verbales ou physiques au sein de la famille **(13,16,18,21,23,24,25,26,29)**.

Plusieurs mécanismes sont évoqués :

* l'enfant se sent coupable de ces discordes. Il se rejette lui-même et se juge comme étant mauvais. Son estime de soi baisse **(21)**.

* il peut exister aussi une introjection de l'agression **(21)**, un retournement de l'hostilité des parents contre soi **(25)**.

* l'enfant vit en permanence en fonction des réactions possibles de colère ou de violence de quelqu'un ; il refoule ses désirs, sa spontanéité, et ne peut pas développer son identité.

Difficultés de communication intra-familiale

(Ces difficultés comprennent entre autres l'absence d'échanges, la perversité des échanges, les non-dit, les tabous, l'incapacité d'exprimer ses sentiments, le manque d'écoute, la manipulation de l'autre par la parole).

Nous retrouvons des difficultés de communication dans quatorze observations (1 à 4,6 à 8, 10,12 à 15, 17 et 18).

Nous ne pouvons pas répondre à la question pour quatre cas (5,9,11 et 16).

Nous pensons avec BACKUS que, tout en étant convaincus du contraire, certaines personnes ne savent pas communiquer sincèrement avec leur entourage. Peu se rendent compte à quel point leurs paroles sont peu explicites et à quel point leur manque de franchise et l'ambiguïté de leurs propos traduisent mal leurs désirs (4).

La pauvreté du discours des jeunes enfants qui tentent de se suicider est soulignée dans plusieurs études (5,12,23,25). Ils ne savent pas formuler leurs désirs, exprimer leurs sentiments ni dire non.

D'autres difficultés de communication sont notées : l'absence d'échanges dans la famille (16), l'absence délibérée d'écoute des parents (12,25), la perversité des échanges (16,25,39), les non-dits et les tabous familiaux (16).

Nous conseillons au lecteur deux excellents ouvrages qui reprennent de façon claire et concrète les erreurs de communication les plus fréquentes. Ils nous proposent de les corriger une à une (4,34). Ils sont trop passionnants et complets pour être résumés.

Nous vous proposons juste quelques exemples des deux premiers chapitres du premier ouvrage :

" Veux tu aller au cinéma" ? devient "j'aimerais aller au cinéma "

" Tu devrais faire cela" devient "j'aimerais que tu fasses cela"

" Je ne peux pas lui dire que je ne veux pas aller au cinéma avec elle, elle se vexerait" devient "non, je ne veux pas aller au cinéma"

"Je ne vais pas lui demander cela. Il devrait savoir que pour moi c'est important. S'il m'aimait vraiment, il le ferait sans que je le lui dise" devient " j'aimerais que tu fasses cela"

" Tu ne trouves pas que tu as les cheveux un peu longs" devient "j'aimerais que tu ailles chez le coiffeur rapidement".

Pour les quatre paragraphes suivants, nous nous sommes appuyés sur des faits que nous n'avons pas tous mentionnés dans nos observations (par souci de concision et pour éviter de noyer le lecteur dans trop de détails).

Nous avons essayé de répondre le plus rigoureusement possible aux questions posées, mais il persiste une part de subjectivité et de déduction dans nos réponses.

L'enfant peut-il se sentir rejeté ou abandonné ?

Nous pouvons répondre oui à cette question pour treize observations , non pour trois observations et nous ne pouvons pas répondre pour deux cas.

Voici les cas où nous avons l'impression que l'enfant peut se sentir rejeté ou abandonné :

Observation N° 1

* le père est absent. Il habite à Lyon depuis deux ans et ne revient plus en fin de semaine depuis quelques mois.

* la mère dit qu'elle n'est pas proche de ses filles.

* Béatrice est rejetée par ses deux soeurs.

* Elle a du mal à avoir des camarades.

Observation N° 2

* le père ne s'est jamais occupé ni préoccupé de ses enfants; Il ne les revoit plus depuis qu'il est séparé de sa femme.

* la mère a une relation très ambivalente avec ses enfants, tantôt d'amour, tantôt de rejet.

* Malika est opprimée par ses frères.

Observation N° 3

* le père est décédé un an avant la tentative de suicide de Laurence.

* la mère, alcoolique, délaisse ses filles, qui sont souvent livrées à elles-mêmes, en particulier le soir. Ce sont des voisins qui s'en occupent.

Observation N° 4

* le père, incarcéré souvent après son divorce, n'exerce que rarement son droit de visite. Il ne verse jamais de pension alimentaire.

Observation N° 5

* le père abandonne Isabelle et sa mère après l'accouchement.

Observation n° 6

* le père, après un divorce très conflictuel, exerce son droit de visite une fois par semaine. Il emmène sa fille dans des débits de boissons.

* la mère, dépressive, est dépassée par les événements. Elle assume mal sa nouvelle vie.

Observation n° 7

* le père, alcoolique, a divorcé il y a moins d'un an.

Observation N° 8

* Truong ne connaît rien de son père (elle n'a même pas une photographie de lui). Il serait décédé au Vietnam.

* Son "beau-père" ne s'occupe pas du tout d'elle alors qu'il s'occupe de son demi-frère et de sa demi-soeur (qui sont ses enfants).

Observation N° 10

* Véronique est rejetée par la famille de sa mère qui la traite de sale arabe, alors qu'elle se sent française et qu'elle est bien intégrée à l'école.

Son père, souvent absent de la maison, s'occupe peu d'elle.

Observation N° 11

* on a proposé à la mère de Luc un avortement au début de sa grossesse car elle était sous TRANXENE et fragile psychologiquement. Quand Luc est né, ses parents ont été déçus car ils voulaient une fille et non un garçon. Ensuite, Luc a été placé plusieurs fois en pouponnière.

Observation N°13

* le père décède. Jacques est balloté depuis sa naissance entre la maison de sa mère et différents lieux de placement.

* sa mère est ambivalente. Tantôt, elle le choie, tantôt, elle le rejette.

Observation N° 14

* la mère de Xavier délaisse ses enfants pendant de longues périodes. Elle quitte le domicile familial suite à une intervention sans se préoccuper d'eux.

Observation N° 15

* le père, alcoolique, violent, semble s'occuper très peu et très mal de ses enfants.

* la mère a trois enfants d'un premier lit, quatre d'un autre. Son deuxième conjoint à lui même cinq enfants d'un autre lit. Les droits de garde sont très variables. Les enfants habitent tantôt chez le père, tantôt chez la mère. Pierre n'a pas de place définie dans sa famille.

* son beau-père, fruste, a du mal à s'occuper des enfants. Il est brutal, excessif, ignorant tout autre mode de communication.

Nous pensons que l'enfant ne se sent pas rejeté ou abandonné dans les observations 12,17 et 18.

Nous ne pouvons pas répondre pour les cas 9 et 16.

Nous avons répertorié plusieurs facteurs pouvant engendrer chez l'enfant un sentiment de rejet ou d'abandon, surtout si, comme dans notre étude, ils s'ajoutent les uns aux autres.

Les voici :

* L'enfant a connaissance que sa mère a eu un projet d'interruption volontaire de grossesse le concernant **(16)**

* Il reçoit des messages évidents ou voilés signifiant que la famille se porterait mieux s'il n'était plus là **(39)**

* Ne se sentant plus aimé, subissant une mauvaise autorité, et étant plutôt de caractère passif, il se sent rejeté (s'il avait un caractère agressif, ce sentiment se transformerait plutôt en rébellion) **(38)**

* Tantôt entouré, tantôt rejeté par son entourage proche, (et à fortiori, s'il est tantôt placé dans une famille d'accueil, tantôt chez sa mère), il a le sentiment de n'être qu'un objet et se sent rejeté en tant que personne.

* Perfectionniste, il désire ressembler au modèle idéal qu'il a de lui-même, et n'accepte pas ses faiblesses. Il en résulte qu'il se fait une mauvaise opinion de lui-même et se rejette **(40)**

* Ses parents manifestent un refus persistant de son sexe **(25)**

* Trop affairés ou préoccupés par leur travail ou par d'autres soucis, et ce de façon persistante, ils n'ont plus de relation satisfaisante avec leur enfant **(21,38,39)**.

* Ils jugent et abaissent de façon habituelle leur enfant.

Les conséquences d'un rejet peuvent être multiples. Elles peuvent se manifester sous forme d'une souffrance **(40)**, d'une tristesse, de pitié de soi, de dépression, d'apathie, de haine de soi, d'un sentiment d'infériorité ou d'insécurité, de culpabilité, de découragement, de désespoir ou d'échec **(22,38)**.

L'enfant qui se sent rejeté ou abandonné passe à l'acte plus facilement que celui qui se sent aimé **(18,23,24)**. Il peut construire sa personnalité de façon pathologique sur la base d'un rejet **(38)**.

Par exemple, son désir d'affection et d'encouragement peut se transformer en un désir de plaire, en une recherche de l'estime de l'autre quel qu'en soit le prix **(38)**.

Si ce que fait l'enfant est constamment dénigré, dévalorisé, critiqué, ce dernier peut éprouver un sentiment d'incapacité, d'échec, de découragement et croire qu'il est réellement incapable **(38)**.

L'enfant qui doit constamment faire des exploits, faire toujours mieux pour être aimé, qui ne reçoit des encouragements que lorsqu'il réussit a toujours peur de décevoir, peur de l'échec. Sa valeur personnelle est fondée sur ce que les autres pensent de lui. Le message qu'il véhicule est le suivant : "je suis parfait ; vous n'avez pas d'autre choix que de m'aimer". Cependant, il arrive difficilement à croire qu'il peut l'être. Il essaye toujours de se comparer aux autres **(38)**.

Les parents qui privent d'affection leur enfant pour le punir développent chez ce dernier un sentiment d'infériorité et une mauvaise image de soi. Ils détruisent chez lui, par cette forme de rejet, le sens de sa valeur personnelle. **(38)**.

Nous ne développons pas ici les conséquences à des degrés divers des carences affectives plus ou moins prononcées. Nous conseillons au lecteur de se reporter aux travaux de LEMAY M.

Quelle image l'enfant a-t'il de lui-même ?

(bonne ou mauvaise)

Dans dix observations sur dix-huit, nous estimons que l'enfant n'a pas une bonne image de lui-même.

Dans trois cas sur dix-huit, nous ne pouvons pas trancher.

Dans cinq cas sur dix-huit, nous ne pouvons pas répondre (5,7,9,16 et 18).

Voici les observations où nous estimons que l'enfant n'a pas une bonne image de lui-même :

Observation N° 1

Béatrice se plaint d'une impression de non existence, d'une absence d'identité. Elle s'estime inférieure à sa soeur aînée et ne se sent pas aimée, ni reconnue.

Observation N°2

Malika a d'énormes plaques d'alopécie irréversible, qui ont justifié une éviction scolaire. Sa mère lui demande de devenir son soutien. Elle se qualifie de servante, voire d'esclave de ses frères. Captive de sa famille, elle n'est pas reconnue et n'a pas le droit d'avoir des projets personnels.

Dossier N°3

Laurence est orpheline de père. Elle ne compte pas beaucoup pour sa mère, alcoolique, qui la délaisse souvent. Seuls les voisins s'occupent d'elle.

Dossier N° 4

Sophie se sent responsable du bien-être de son beau-père (qu'elle considère comme son père) de sa mère et de sa grand-tante de quatre-vingt-six ans, qui sont tous les trois malades. Elle anticipe les décès de son beau-père et de sa grand-tante et craint de se retrouver avec sa mère malade "dans la misère".

Observation N° 8

Truong a le visage très marqué par des boutons d'acné. Elle se considère comme étant responsable de ses frères et soeurs.

Observation N° 10

Véronique est peu reconnue par son père maghrébin, qui revient tard le soir après le travail. Elle n'a aucun lien avec sa famille du côté paternel. Sa grand-mère, sa tante et son oncle du côté maternel ne tiennent pas à elle et la traitent de "sale arabe".

Observation N° 12

François se trouve laid (forme du visage, pli et couleur du cheveu, pâleur de la peau, taille). Il voudrait être parfait à l'école, à la guitare, au tennis et il ne l'est pas, ce qui le déçoit. Il se sent inutile dans un monde où il y a trop de malheurs. Il sait qu'il est estimé par son entourage, par ses professeurs et par ses camarades, mais il ne se sent pas aimé.

Observation N° 13

Jacques est orphelin de père et ne connaît pas sa famille du côté paternel. Sa vie est marquée par de nombreux placements. Sa mère a eu trois maris successifs et des enfants de trois lits différents.

La place de Jacques dans sa famille est mal définie.

En dehors de sa mère, qui tantôt le choie, tantôt le rejette, et de sa petite soeur, il ne compte pour personne. Jacques se fait du souci pour sa mère malade.

Observation N° 14

Enfant d'un deuxième mari de sa mère, Xavier est un sujet de dispute entre ses parents en ce qui concerne les droits de garde. Sa mère le délaisse pour entretenir des relations avec ses amants. Son père l'aime mais, alcoolique et dépressif, il peut être violent et méchant avec lui. Xavier a de mauvais résultats scolaires et en souffre.

Observation N° 15

Pierre est mal aimé par son père alcoolique et violent, par sa mère, très libérale et laxiste qui ne perçoit pas ses besoins et par son beau-père violent. Il a une mauvaise estime de lui-même et a peu d'amis. Parmi ses six frères et soeurs, il n'a de lien qu'avec Bertrand.

Voici les observations où nous ne pouvons pas trancher :

Observation N° 6

Sylvie est de petite taille (elle aura un traitement plus tard pour la faire grandir). Elle est moins bonne élève que sa soeur.

Observation N° 11

Luc est en classe de perfectionnement. Ses deux parents sont régulièrement suivis par des médecins pour des maladies chroniques.

Observation N° 17

Denis, enfant adoptif, ne connaît rien de son père géniteur. Se sent-il abandonné par ce dernier ? Il a trois autres frères et soeurs qui eux ont de "vrais parents".

Nous avons déjà vu qu'un sentiment de rejet peut conduire l'enfant à avoir une mauvaise image de soi et à un désir de mort.

Il en est de même des relations affectives insatisfaisantes **(16,18,24)**.

L'enfant se sent-il libre d'être lui-même et accepté tel qu'il est , ou subit-il des contraintes dangereuses pour la construction de sa personnalité ?

Nous ne pouvons pas répondre dans trois observations sur dix-huit.(9,16,18).

Nous pensons que l'enfant a des difficultés dans la construction de sa personnalité dans quinze observations dossiers sur dix-huit :

Observation N° 1

Béatrice a l'impression de non existence, d'absence d'identité. Elle essaye de ressembler à sa soeur aînée qu'elle admire et qu'elle a peur de décevoir. Elle ne se sent pas aimée ni reconnue, et cherche sa place dans sa famille.

Observation N° 2

Malika essaye de répondre à l'attente de sa mère qui l'élève pour elle-même, désirant que sa fille devienne son soutien et sa confidente dans sa vieillesse. Elle ne s'autorise pas à avoir des projets d'avenir et d'indépendance, et se sent peu reconnue. Elle est également obligée, par la force, à se soumettre à ses frères qui lui interdisent de sortir de chez elle, et qui lui demandent de les servir. Elle a du mal à s'intégrer dans la culture française du fait des contraintes qu'elle subit dans sa famille.

Observation N° 3

Laurence se sent-elle le droit de vivre et d'être heureuse ? Son père est décédé, sa mère, alcoolique, est souvent absente, physiquement, mais aussi dans sa relation avec ses enfants. Sa soeur aînée a déjà fait plusieurs tentatives de suicide. Laurence ne se sent pas aimée ni reconnue.

Observation N° 4

Sophie n'est pas libre d'être heureuse, insouciant et de faire des projets d'avenir. Elle appréhende cet avenir qui sera marqué prochainement par le décès de son beau-père et de sa grand-tante. Elle craint de se retrouver seule avec sa mère malade, et sans ressources financières suffisantes.

Observation N° 5

Isabelle est orpheline de père. Sa mère a trois enfants de trois pères différents et a de nouveaux amants. Se sent-elle aimée et reconnue ?

Observation N° 6

Sophie doit composer avec un père alcoolique et violent et une mère dépressive qui n'assume pas son divorce. Elle doit éviter de contrarier cette dernière. D'autre part, sa mère lui demande de ressembler à sa soeur qui serait plus brillante qu'elle à l'école.

Observation N° 7

Thérèse ne se sent pas aimée et reconnue par son père alcoolique, ni par sa mère. Jalouse de ses soeurs et du compagnon de sa mère, elle désirerait une relation exclusive avec sa mère.

Observation N° 8

Truong ne connaît pas son père. Son beau-père est violent. Il s'occupe de ses deux enfants (qui sont la demi-soeur et le demi-frère de Truong), mais pas d'elle. Sa mère se décharge souvent sur elle de la responsabilité de ses deux derniers enfants (Truong les habille, les conduit à l'école, leur donne à manger et les garde). Truong est également partagée entre deux cultures. Elle supporte mal la baisse de son niveau scolaire.

Observation N° 10

Le grand-père de Véronique qui avait un rôle de père auprès d'elle est décédé. Elle s'identifie beaucoup à sa mère qui, elle aussi, fait des malaises. La famille de sa mère la rejette et la traite de "sale arabe". Elle regrette que son père ne s'occupe pas plus d'elle.

Observation N° 11

On a conseillé à la mère de Luc un avortement alors qu'elle l'attendait, (en raison de sa fragilité psychique). Les parents de Luc désiraient une fille et non un garçon. Ce dernier a, depuis sa naissance, un statut de "petit fragile" au sein de sa famille. Luc a fait de nombreux séjours en pouponnière à la suite d'hospitalisations de sa mère.

Observation N° 12

La mère de François ne peut pas avoir d'autres enfants (à la suite d'un traitement par chimiothérapie). Elle couve et étouffe son fils, l'empêchant de devenir autonome. Elle a pour lui un amour "captatif". Son père n'est jamais satisfaisait de ses résultats scolaires pourtant excellents. François craint de le décevoir. Il voudrait être parfait dans tout ce qu'il entreprend (école, guitare, tennis) et dans son apparence physique. Il estime qu'il est loin de l'idéal qu'il a de lui-même.

Observation N° 13

Jacques est, d'après sa mère, "l'enfant de l'amour" (alors que son frère et sa soeur aînés seraient issus d'une relation avec un "brigand" quand elle était en fugue). Il est son enfant préféré et elle l'appelle "mon bébé", "mon chéri". Jacques ressemble beaucoup à son père avant son décès et sa mère entretient une relation ambiguë avec lui, plus ou moins amoureuse. (Il ne sait pas bien s'il est le fils ou le mari). Elle le "couvre" quand il fait des bêtises et ne le corrige pas. Elle pense qu'il finira "en taule" ou de façon tragique comme son père. Jacques est tantôt couvé, tantôt rejeté. Il a été victime de nombreux placements. Sa mère a eu trois conjoints successifs puis plusieurs liaisons sans lendemain. Elle dit que si elle n'avait pas d'enfants, elle se suiciderait. Jacques n'a aucun lien avec la famille de son père.

Observation N° 14

Xavier souffre de la dépression et de l'alcoolisme de son père ainsi que de désintérêt de sa mère pour sa soeur et lui. Il est marqué par le divorce de ses parents. Il supporte mal de se sentir rejeté par les nouveaux conjoints de sa mère, et de vivre dans un climat toujours conflictuel. Nous notons qu'il a déjà déménagé quatre fois.

Observation N° 15

Pierre est le troisième enfant d'un premier mariage de sa mère, qui a quatre autres enfants d'un deuxième mariage. (Son beau-père a lui-même cinq enfants d'un premier mariage). Sa place dans la famille est mal définie. Pierre habite tantôt chez son père, tantôt chez sa mère, les droits de garde étant mal établis. Son père, alcoolique et violent, qu'il craint, aurait eu des relations sexuelles avec son frère aîné. Son beau-père, fruste et violent, ne s'occupe que peu de lui. Sa mère lui donne une éducation laxiste, sans interdit, et semble ignorer ses besoins.

Observation N° 17

Denis découvre que celui qu'il croyait être son père n'est pas son géniteur. (Le secret avait été jusque là bien gardé).

Nous pensons, comme FLAVIGNY, que l'acte suicidaire peut manifester le mal-être d'un enfant qui se trouve mis en cause dans son identité **(25)**, et ce souvent sans que lui, ni son entourage n'en soient conscients.

C'est le cas quand un enfant est de façon habituelle, tantôt choyé, tantôt rejeté par sa mère, qui le considère plus comme un objet qui satisfait ses besoins, que comme une personne. Celle-ci, incapable de projeter sur lui des désirs cohérents, ne respecte pas son identité. (Ceci est d'autant plus grave qu'il n'y a pas d'autre adulte stable et cohérent dans l'entourage de l'enfant).

L'enfant peut également être privé de son autonomie de pensée à cause de l'amour trop envahissant, trop possessif, d'un père, d'une mère ou d'une autre personne qu'il aime, mais qui lui impose sa façon de voir. En se coulant dans le désir de cette personne, qui devient sa référence absolue (et qu'il ne veut pas décevoir), l'enfant perd une partie de son identité propre. Il devient incapable de faire ses choix, de prendre ses décisions. C'est un peu comme si cette autre personne vivait sa vie à sa place. **(5,25)**.

Parfois, de plus, cette personne laisse entendre à l'enfant qu'il est la source de son bonheur. Ce dernier n'osera pas prendre son autonomie et être lui-même, de peur de la contrarier et de la faire souffrir.

De même, s'il est idolâtré par ses parents, l'enfant ne se permettra pas d'être lui-même pour rester "parfait" et ne pas les décevoir.

L'enfant peut également avoir des difficultés à accepter son identité sexuelle (qui est une partie vitale de sa personnalité).

Les raisons de ces difficultés peuvent être multiples :

* le sexe de l'enfant n'est pas celui souhaité par ses parents. Ces derniers refusant d'accepter la réalité, l'enfant est dans l'impossibilité organique de les satisfaire **(25)**.

* si le père (ou un substitut paternel) est absent (physiquement ou dans sa relation avec l'enfant), ce dernier peut ne pas être confirmé dans son identité sexuelle **(5,16,18,33,37)**.

* le petit garçon peut se couper de son identité masculine en raison de "vœux" formulés à la suite de blessures venant de son père (violent, fruste, ou qui l'a abandonné). L'enfant se jure, par exemple, de ne jamais ressembler à son père ou de ne plus jamais l'aimer. A travers ce serment, il se coupe en quelque sorte de son identité masculine. Se coupant de son père, il se coupe aussi de son héritage biologique et psychologique, et donc d'une partie de lui-même **(22,35)**.

* il nous semble également important, pour que l'enfant accepte son identité sexuelle, qu'il ait de "bonnes" représentations de l'homme, de la femme, du père, de la mère et de la vie de famille **(5)**.

Nous n'avons pas rencontré de peur de l'inceste **(5,25)**.

Quelles représentations l'enfant a-t-il du père, de la mère, et de la famille ?

Nous avons conclu qu'elles sont mauvaises dans treize cas, assez bonnes dans quatre cas ; nous n'avons pas pu répondre pour l'observation N° 16.

Voici les observations où les représentations du père, de la mère et de la famille sont mauvaises :

Observation N° 1

* Le père est absent ; il était violent et méchant quand il revenait en fin de semaine.

* La mère est souvent absente ; elle est peu proche de ses filles.

Nous ne retrouvons pas de vie de famille.

Observation N °2

* Le père est considéré comme lâche par la mère et les frères de Malika qui ne le reconnaissent plus ; il ne s'est jamais préoccupé de ses enfants. Malika n'a pas le droit de le voir.

* La mère n'accepte pas de vieillir seule. Elle cherche un soutien auprès de son unique fille, qui devra rester à sa disposition en grandissant, et qui ne doit donc pas avoir de projets personnels.

* Malika est opprimée par ses frères.

Observation N° 3

* Le père est décédé quand elle avait dix ans.

* La mère est alcoolique, souvent absente. Le soir, elle ne s'occupe pas de ses enfants (ce sont les voisins qui s'en occupent).

Nous ne retrouvons pas de vie de famille.

Observation N° 4

* Le père est souvent incarcéré pour des délits graves. Il se désintéressé totalement de sa fille qui ne le connaît qu'à travers les propos péjoratifs qu'elle a entendus autour d'elle.

* Le beau-père est alcoolique, autoritaire et ne travaille pas. Depuis sa laryngectomie, il est aphone, difficile à comprendre et a du mal à s'alimenter.

* La mère néglige sa maison et l'éducation de sa fille au profit des travaux à l'extérieur. Elle vient d'être opérée.

* Une grand-tante de quatre vingt six ans, grabataire, habite sous le même toit.

La vie de famille est marquée par la maladie, la souffrance physique et morale.

Observation N° 5

* Le père a abandonné Isabelle et sa mère après l'accouchement.

* La mère a eu trois enfants de trois pères différents qui l'ont tous abandonnée. Elle a de nombreux amants. Elle a déménagé six fois en quatre ans.

Observation N° 6

* Le père est alcoolique, violent. Il emmène Sylvie dans les débits de boissons lors de ses droits de visite. Il aurait poursuivi Sylvie et sa mère avec une arme à feu.

* La mère, dépressive, assume mal son divorce.

Observation N° 7

* Le père est alcoolique

* Le père et la mère ont divorcé

* La mère vit avec un autre homme.

Observation N° 8

* Le père est décédé. Truong ne sait rien de lui.

* Le beau-père est violent ; il trompe sa femme et frappe la mère de Truong. Il ne s'occupe pas de Truong et de son frère, mais il s'occupe de son demi-frère et de sa demi-soeur (qui sont ses enfants), et il les frappe.

Observation N° 9

Les parents de Valérie sont en instance de divorce et entretiennent des relations très conflictuelles.

Observation N° 10

* Le père travaille à l'extérieur. Il est peu présent à la maison. Il aurait une vie un peu dissolue.

* La mère, sans profession, sans permis, est en permanence sous anxiolytiques.

Les parents de Véronique sont en instance de divorce.

Observation N° 13

* Le père est décédé dans un accident, poursuivi par la Police pour un délit grave.

* Le père de son demi-frère et de sa demi-soeur est violent, amoral, asocial et alcoolique. Il est incapable d'assumer la responsabilité de ses enfants.

* La mère est instable, immature, dépressive, incapable de donner des repères à ses enfants. Elle a eu quatre conjoints et a des amants.

Observation N° 14

* Le père est cardiaque, alcoolique et dépressif. Il a fait plusieurs tentatives de suicide dont certaines en présence des enfants.

* La mère délaisse souvent son foyer pour aller avec d'autres hommes.

Observation N ° 15

* Le père est alcoolique, violent, dépressif. Il vit avec sa belle-mère.

* Le beau-père, fruste, fuyant est violent. Il a peu d'affects. Il s'occupe peu des enfants.

* La mère a peu d'affects. Elle est sous anxiolytiques. Elle donne une éducation sans repères et sans interdits à ses enfants qui sont souvent livrés à eux-mêmes.

Voici les observations où les représentations du père, de la mère et de la famille sont assez bonnes :

Observation N° 11

* Le père est employé dans une usine

* La mère, faible et dépressive, se laisse manipuler.

Le couple s'entend bien.

Observation N° 12

* Le père, effacé et timide, est employé dans une usine.

* La mère, omniprésente, est dépressive.

Les relations du couple sont bonnes.

Observation N° 17

* Le père géniteur n'est pas connu.

* Le père adoptif est effacé, souvent absent, mais il s'occupe bien de son fils.

* La mère, diabétique a un tempérament anxieux.

* L'atmosphère familiale est saine et paisible.

Observation N° 18

* Nous ne notons rien de particulier chez le père.

* La mère, dépressive, est aussi possessive.

Les relations dans la famille sont bonnes.

Nombre de frères et de soeurs

Nbre d'enfants dans la famille	Nbre de frères et soeurs	Nbre de demi-frères et demi-soeurs	Nbre de dossiers concernés	Numéros des cas concernés
1	0	0	2	4 - 12
2	1	0	2	6 - 18
3	2	0	6	1-3-5-7-10-11
4	1	2	2	8 - 14
4	0	3	2	13 - 17
5	0	0	0	
6	5	0	1	2
7	2	4	1	15
Inconnu			2	9 - 16

Place dans la fratrie

Place de l'enfant dans la famille	Garçons	Filles	Total
Aîné	3	4	7
Second	0	4	4
Troisième	4	0	4
Quatrième	0	0	0
Cinquième	0	1	1
Inconnu	1	1	2

Le nombre de frères et soeurs, la place de l'enfant dans la fratrie sont régulièrement recherchés, sans que l'on puisse en tirer des conclusions significatives (13,16,21).

Les relations avec les frères et soeurs

Nous avons un fils et une fille uniques (cas N° 12 et 4).

Dans six cas (3,8,10,14,17,18), les relations sont bonnes entre tous les enfants.

Dans quatre observations (1,2,6,7), elles sont mauvaises entre tous les enfants.

Dans le cas N° 13, la relation est bonne avec une demi-soeur plus jeune et mauvaise avec les deux autres enfants.

Dans les autres observations (5,9,11,15,16), nous n'avons pas d'indications concernant les relations entre frères et soeurs.

L'enfant est-il bien intégré en dehors de son milieu familial (école, voisins, amis divers).

L'enfant est bien intégré, en dehors de son milieu familial, dans quatre cas (8,10,12,17). Il ne l'est pas dans six observations (1,2,4,5,13,15).

Nous ne pouvons pas répondre pour les huit autres cas.

Nous aimerions souligner l'importance de l'intégration de l'enfant, non seulement dans sa famille, mais aussi en dehors de sa famille.

L'enfant a besoin d'être reconnu, apprécié, écouté. Il ne peut se développer pleinement qu'en relation avec d'autres personnes qui le connaissent et qui le portent **(40)**, qui l'aident à développer ses dons **(40)**, qui l'acceptent avec ses faiblesses sans le rejeter **(40)**. Il peut être précieux pour lui d'avoir un véritable ami à qui il puisse tout dire, sachant qu'il sera écouté, encouragé, et confirmé par un geste d'amour et une parole de tendresse **(40)**.

Niveau scolaire

Niveau scolaire	Garçons	Filles	Total
Normal	2	5	7
1 an de retard	2	3	5
2 ans de retard	2	0	2
Inconnu	2	2	4

7 enfants ont un niveau scolaire normal (observations N° 1,6,7 à 9, 12 et 13).

7 enfants ont un retard scolaire (observations N°3,4,10,11,14,15 et 17).

Pour 4 observations (2,5,16 et 18), le niveau scolaire n'est pas mentionné.

Il semblerait que le niveau scolaire des enfants ayant fait une tentative de suicide ne diffère guère de celui de la population "normale" **(5,10,16,18,25,26)**.

L'enfant a-t'il déjà déménagé ?

Nous retrouvons un ou plusieurs déménagements dans huit cas (4,5,8,9,10,13,14,15).

Dans neuf cas , l'enfant n'a jamais déménagé (1,2,3,6,7,11,12,17,18).

Nous ne pouvons pas répondre pour l'observation N° 16.

Dans les observations N° 5,8,13,14 et 15, l'enfant déménage au moins quatre fois.

Un ou plusieurs déménagements avant la tentative de suicide sont mentionnés dans plusieurs études **(13,18,39)**.

Les conséquences relevées d'un déménagement sont une variation de l'entourage avec perte de certains liens, et une difficulté d'adaptation plus marquée chez les enfants perfectionnistes et hyperanxieux.

Nous remarquons à titre anecdotique dans quatre observations sur dix-huit (8,13,14 et 15) des liens de la famille avec des personnes ayant des pratiques particulières :

Observation N° 8

Une des voisines, qui garde assez souvent les enfants, vit dans un appartement avec les volets toujours fermés. Elle reçoit les visiteurs, assise en tailleur, dans une atmosphère d'encens, et aurait des pouvoirs de guérison.

Observation N° 13

La mère de Jacques se dit astrologue et reçoit des gens à son domicile.

Observation N° 14

Le père de Xavier allume des bougies pour communiquer avec l'au-delà. Son beau-père réunionnais l'aurait envoûté.

Observation N° 15

La mère de Pierre croit à la sorcellerie. Elle a déménagé deux fois en raison de la présence de mauvais esprits dans la maison. Elle a fait exorciser un de ses fils qui aurait été envoûté à la naissance.

Pour les paragraphes concernant la vie de l'enfant après sa tentative de suicide, nous tenons à faire deux remarques :

Le cas N° 16 n'est pas concerné puisque l'enfant est décédé.

Nous avons moins d'un an de recul pour les observations 8,9,10 et 18.

Suivi de l'enfant à sa sortie de l'hôpital ou, pour le dossier N° 2, après sa tentative de suicide (l'observation N° 16 est exclue en raison du décès de l'enfant).

Quatre enfants ne bénéficient d'aucun suivi (3,7,8 et 9).

Dix enfants ont été revus au moins une fois par un psychiatre ou un psychologue. Six d'entre eux ne l'ont vu qu'une seule fois, deux d'entre eux ont été suivis pendant plus de six mois (1,12).

Huit enfants ont été revus par leur médecin traitant ; six pour un suivi de temps en temps "pour une angine" (4,5,10,13,14,17) ; deux pour des dosages de Béta-HCG (2,6) et un pour une colopathie fonctionnelle (6).

L'enfant du cas N° 6 a été suivi pendant quatre mois par une psychomotricienne, celui du N° 12 a rencontré un prêtre trois fois ; celui du N° 18 a revu le neurochirurgien une fois ; ceux des observations N°2,4,15,14 ont bénéficié d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert.

Nous notons une ou plusieurs hospitalisations pour sept enfants :

- * Observation 1 : constipation et colite
- * Observation 2 : interruption volontaire de grossesse, puis tentative de suicide
- * Observation 5 : oxyurose
- * Observation 6 : petite taille
- * Observation 11 : sinusite fébrile
- * Observations 12 et 14 : deux tentatives de suicide.

Dans quatre études (**16,18,25,39**), il est également constaté un faible suivi des enfants par le psychiatre. Soit que les parents nient le caractère suicidaire du geste de leur enfant "c'est un jeu qui a mal tourné", soit qu'il y ait rapidement un phénomène "d'épuisement" ou d'évitement. Les parents ne jugent plus utiles ces entrevues avec le psychiatre.

Le rendez vous avec le psychiatre devrait être proche de la sortie de l'enfant de l'hôpital, si possible moins de 15 jours plus tard. Il devrait être pris avec un médecin qui connaît déjà l'enfant **(13,39)**. C'est le cas dans nos observations.

Certains proposent de prendre conjointement un rendez-vous avec le pédiatre, ce dernier étant perçu comme plus rassurant et plus disponible que le psychiatre, et coopérant avec lui **(13)**.

Nombre de récurrences

Nous n'avons pas trouvé de récurrence de tentative de suicide dans quatorze observations (1,3,4 à 11, 13,15,17,18).

Un enfant (N° 2) a fait deux nouvelles tentatives de suicide, deux ans et cinq ans après la première.

Deux enfants (12 et 14) en ont fait trois :

* Dans le cas N° 12, les récurrences sont survenues deux ans-trois mois, quatre ans-onze mois et sept ans-neuf mois après la première et il est décédé à la troisième (arme à feu).

* Dans le cas N° 14, les récurrences ont eu lieu quatre ans, cinq ans, et six ans après la première.

Ces récurrences sont mentionnées dans quatre études **(10,13,16,25)**. Les délais avancés sont de moins de six mois **(13)** et de moins de deux ans **(25)**. Ce n'est pas le cas de notre étude où les délais pour la première récurrence sont de deux ans, deux ans et trois mois, et quatre ans.

Si l'on veut évaluer la probabilité de récurrence d'une tentative de suicide, il faut prendre en compte la psychopathologie individuelle de l'enfant, son aptitude à verbaliser et à communiquer sa détresse d'une manière moins destructrice, la conflictualité de l'environnement, et surtout la réaction et l'appui potentiel de la famille. Si les parents et la fratrie se montrent compréhensifs avec l'enfant, sans banalisation et occultation de l'évènement, il aurait peu de risques de recommencer **(25)**. L'intégration de l'enfant dans la structure familiale le protégerait des "tentatives suicidaires" en raison de la réduction de l'isolement qu'elle permet, du support social et émotionnel qu'elle fournit **(25)**.

La capacité de l'enfant suicidant à garder contact avec un thérapeute ou une institution de soins serait un facteur de bon pronostic **(25)**.

Les risques de récidives seraient accrus quand l'enfant déclare vouloir encore mourir, quand le sexe est masculin, quand les tentatives de suicides sont répétées, et qu'elles sont faites avec des moyens très agressifs **(39)**. C'est le cas de l'enfant de l'observation N°12 qui est décédé.

Autres manifestations retenues

Nous avons retrouvé des manifestations de violence importante, avec agression de l'entourage dans trois cas (2,13,14), des vols dans trois observations (2,4,13), une forte consommation d'alcool dans trois cas (6,13,14), des fugues et un absentéisme scolaire dans une observation (13), de nombreux rapports sexuels sans contraception dans deux cas (2,6), la fréquentation de jeunes délinquants dans deux observations(2,15).

Au total, six observations sont concernés (2,4,6,13,14,15).

Nous avons également remarqué des manifestations somatiques probablement en relation avec un malaise psychique dans trois cas : colite (1) , douleurs "ovariennes" (2) , colopathie fonctionnelle (6).

Dans trois observations , nous ne relevons aucun de ces éléments (12,17,18). Pour les autres, nous ne pouvons pas répondre (3,5,7 à 11).

West pense que le meurtre ou le suicide peuvent être deux manifestations différentes du même état mental. Une personne qui ressent une rage destructrice peut la diriger contre elle-même ou contre les autres **(6)**.

Nous retrouvons ce mécanisme dans les dossiers N°2, 13 et 14.

III - COMMENTAIRES

3 - 1 COMMENTAIRES DE RESULTATS

3-1-1. - **Le pronostic des tentatives de suicide chez l'enfant**

Ce pronostic est mauvais. En effet, sur 18 enfants inclus dans notre étude, deux sont morts (l'un par pendaison à l'âge de onze ans : observation N° 16 ; l'autre par arme à feu au cours de sa troisième tentative de suicide, à l'âge de 20 ans : observation n° 12).

Trois enfants ont manifesté par la suite une violence importante avec des agressions de l'entourage et des automutilations ; six ont évolué vers une marginalisation importante et vers la délinquance ; trois ont présenté une symptomatologie somatique gênante probablement en relation avec leur malaise psychique.

L'aide, proposée de façon systématique, est pourtant refusée dans la plupart des cas par les familles de ces enfants.

3-1-2 - **Le cumul des facteurs pouvant pousser l'enfant vers une tentative de suicide**

Après avoir identifié 14 facteurs pouvant pousser l'enfant vers une tentative de suicide, et après avoir recherché dans chaque dossier leur présence ou leur absence, nous vous proposons de retrouver tous ces résultats de façon synthétique dans un tableau.

Nous vous rappelons ces facteurs et mettons entre parenthèse pour chacun d'eux une abréviation (qui figurera dans le tableau) :

1 - la perte d'une personne importante pour l'enfant, suite à un deuil récent ou ancien, ou suite à un éloignement géographique définitif (Deuil , perte pers. imp.).

2 - la désunion du foyer parental (Foyers désunis).

3 l'absence dans sa relation d'un des parents présent pourtant physiquement (Parent absent dans relation).

4 - une maladie physique ou psychique grave dans l'entourage de l'enfant (Maladie phys. ou psy. grave).

- 5 - une ou plusieurs personnes alcooliques dans l'entourage de l'enfant (Alcool).
- 6 - de la violence dans l'entourage (Violence)
- 7 - des difficultés de communication intra-familiale (Difficultés communication)
- 8 - un sentiment de rejet ou d'abandon de l'enfant (Rejet)
- 9 - une mauvaise image de soi (Mauvaise image de soi)
- 10 - des difficultés dans la construction de la personnalité de l'enfant (difficultés construct. personnalité)
- 11 - de mauvaises représentations du père, de la mère, de la famille (Mauvaises représentations)
- 12 - une mauvaise intégration de l'enfant en dehors de son milieu familial (Mauvaise intégration à l'extérieur)
- 13 - un retard scolaire (Retard scolaire)
- 14 - au moins un déménagement (Déménagement).

Les résultats à l'intérieur du tableau sont sous la forme suivante :

- + signifie que le facteur concerné est retrouvé dans le dossier intéressé
- signifie qu'il ne l'est pas
- +/- signifie que le facteur concerné est retrouvé dans le dossier mais qu'il est discutable
- ? signifie que nous n'avons pas d'éléments de réponse concernant ce facteur dans le dossier intéressé.

N° Cas	Deuil perte pers. imp.	Foyers désunis	Parent absent dans relation	Maladie Phys. ou Psy grave	Alcool	Violence	Difficulté communi- cation	Rejet	Mauvaise image de soi	Difficulté construct. personnalité	Mauvaises représenta- tions	Mauvaise intégration à l'extérieur	Retard scolaire	Déména- gement	Total des +	Total des +/-	Total des ?	Total des -
1	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	11	0	0	3
2	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	?	-	9	0	1	4
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	-	12	0	1	1
4	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13	0	0	1
5	+	+	+	+	-	-	?	+	?	+	+	+	?	+	9	0	3	2
6	-	+	+	+	+	+	+	+	+/-	+	+	?	-	-	9	1	1	3
7	+	+	+	-	+	+	+	+	?	+	+	?	-	-	9	0	2	3
8	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	10	0	0	4
9	?	+	?	?	?	?	?	?	?	?	+	?	-	+	3	0	10	1
10	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	12	0	0	2
11	-	-	-	+	-	-	?	+	+/-	+	+/-	?	+	-	4	2	2	6
12	-	-	+	+	-	-	+	-	+	+	+/-	-	-	-	5	1	0	8
13	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	13	0	0	1
14	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+	12	0	1	1
15	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13	0	0	1
16	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	0	0	14	0
17	+	+/-	-	+	-	-	+	-	+/-	+	+/-	-	+	-	5	3	0	6
18	-	-	?	+	?	-	+	-	?	?	+/-	?	?	-	2	1	6	5
Total +	10	13	10	14	7	11	14	13	10	15	13	6	7	8				
Total +/-	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0				
Total ?	2	1	3	2	3	2	4	2	5	3	1	8	4	1				
Total -	6	3	5	2	8	5	0	3	0	0	4	4	7	9				

Nombre de facteurs (ayant pu pousser l'enfant vers le suicide) par cas

Ce tableau met en évidence l'importance du cumul puisque certains enfants peuvent en totaliser 13 ou 14.

En effet, si l'on élimine le dossier N° 16 pour lequel nous n'avons pas de renseignements, nous constatons que 12 dossiers sur 17 cumulent 9 facteurs au moins (1 à 8,, 10, 13 à 15) alors que les 5 dossiers restants ont au plus 5 facteurs (9,11,12,17,18). (Il est à noter que parmi ces 5 dossiers, 4 ont au moins 5 facteurs dont on est certain qu'ils ne sont pas retrouvés).

Nous remarquons un résultat inattendu : l'enfant du dossier N ° 12 n'a que 5 facteurs retrouvés et surtout 8 non retrouvés , et pourtant, il est décédé lors de sa dernière tentative de suicide.

Ces résultats vont dans le sens d'une étude de PHILIPPE et DAVIDSON faite en 1980, concernant une population de 15 à 19 ans. Les auteurs y comparent le risque de tentative de suicide en présence ou en l'absence d'un même facteur et obtiennent les résultats suivants : **(31)**

Pour le facteur "parents divorcés, séparés, ou mères célibataires", ce risque ne peut être inférieur à 2,7.

Pour le facteur "parents veufs", il ne peut être inférieur à 1,1.

Pour le facteur "alcoolisme dans l'entourage proche" (parents, frères et soeurs), il ne peut être inférieur à 2.

Pour le facteur "suicide dans l'entourage proche, il ne peut être inférieur à 2.

Pour le facteur "maladie mentale dans l'entourage proche", il ne peut être inférieur à 9.

Puis, PHILIPPE et DAVIDSON observent que lorsqu'un individu cumule ces facteurs de risque, les taux de tentatives de suicide augmentent dans des proportions très importantes.

Par exemple, dans le cas de l'alcoolisme d'un parent et si les parents sont séparés, le risque est multiplié par 4. Dans le cas de suicide ou de tentative de suicide, le risque est multiplié par 5, et par 16 dans le cas de maladie mentale d'un parent.

Le cumul de trois difficultés dans la famille multiplierait le risque par plus de 30

Selon les auteurs, l'auto-dépréciation et la perturbation des relations affectives avec les parents seraient aussi des facteurs de risque significatifs.

Ne pouvant pas à notre tour mesurer ces "risques cumulés", nous nous contentons d'en "pressentir" l'importance.

3-1-3 - Le rôle du généraliste dans le cadre des tentatives de suicide chez l'enfant

Compte tenu du caractère exceptionnel des tentatives de suicide chez l'enfant, et du manque actuel de connaissances dans ce domaine, le rôle du généraliste, celui du psychiatre, des travailleurs sociaux et des autres personnes susceptibles d'intervenir auprès des enfants concernés sont mal définis.

Chacun dans sa spécialité éprouve rapidement un sentiment d'échec, d'impuissance, voire d'incompétence.

En effet, les familles de ces enfants ne semblent pas avoir conscience de leur dysfonctionnement, ni de la souffrance qu'elles peuvent engendrer chez eux. Elles minimisent la gravité de ces gestes suicidaires et ne ressentent pas le besoin de se faire aider n'en comprenant la nécessité.

Il nous semble cependant que, du fait de la gravité du pronostic pour l'avenir de ces enfants, toute aide, aussi minime soit elle, est importante. La coopération des différents intervenants optimiserait le travail de chacun au bénéfice de l'enfant.

Le rôle du généraliste est actuellement limité. Parfois, il n'a jamais vu l'enfant avant son geste et connaît très peu sa famille. Dans d'autres cas, il n'a vu l'enfant que de façon épisodique et à son cabinet, ignorant presque tout de son cadre de vie et de sa famille.

Rarement, il a une réelle connaissance de la situation et peut être amené alors à remarquer certains signes de souffrance de l'enfant (troubles du sommeil, cauchemars persistants, irritabilité ou agressivité inhabituelles, baisse du niveau scolaire ou absentéisme scolaire, repli sur soi, menaces de suicide, fugues). Il peut également avoir connaissance de certains comportements suicidaires masqués (ingestion accidentelle de médicaments ou de produits toxiques, jeux dangereux, accidents répétés).

De plus, il peut également recenser un certain nombre de "facteurs de risque" parmi ceux que nous avons mentionnés plus haut.

La difficulté pour lui consistera alors à évaluer :

- d'une part, le degré de souffrance de l'enfant et la notion de "mise en danger de sa sécurité, de sa santé ou de sa moralité" (en référence aux Articles 375 et 378-1 du Code Civil)

- d'autre part, la disposition des parents à en tenir compte.

Ainsi, en fonction des capacités parentales et surtout de la gravité de la situation, le médecin généraliste pourra proposer à la famille de se faire aider dans le cadre d'une Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert dite "Administrative" (qui nécessite l'accord et l'adhésion parentale), et/ou dans le cadre d'une consultation psychiatrique voire psychologique. Dans le cas extrême où il observerait un climat mettant en danger l'enfant, il se devrait d'envisager la question d'un signalement ou non à l'autorité judiciaire, et ce, dans le strict respect des règles de la déontologie médicale.

Lorsque le généraliste est appelé au chevet d'un enfant ayant fait une tentative de suicide, il nous semble souhaitable qu'il l'hospitalise et ce quelle que soit la gravité de l'atteinte somatique. Il souligne ainsi la gravité du geste et donne une occasion à la famille et à l'enfant de réfléchir sur leurs relations et sur les causes de ce passage à l'acte. L'aide du psychiatre est alors précieuse pour aider chacun à définir les difficultés qu'il rencontre, les objectifs qu'il serait souhaitable d'atteindre à court et à long terme, et les moyens pour y parvenir.

Il nous semble important que le médecin traitant reçoive rapidement le compte-rendu d'hospitalisation de l'enfant et celui du travail entrepris par le

psychiatre, avec les solutions envisagées et les coordonnées des intervenants prévus.

Après leur sortie de l'hôpital, certains enfants ne sont jamais suivis (4 sur 18 dans notre travail). Certains verront leur médecin traitant de façon épisodique (7 sur 18 dans notre travail) ; d'autres, enfin, le verront régulièrement pour des manifestations psychosomatiques (1 sur 18 dans notre travail).

Pour ces enfants, nous proposons au généraliste d'être particulièrement attentif et de répondre à leur demande implicite, même si l'examen physique est normal. Il peut leur proposer un suivi régulier au même titre que l'on surveille une maladie organique (13).

Bien qu'il n'ait pas reçu de formation particulière dans ce domaine, sachant qu'il est parfois le seul référent soignant accepté par la famille, nous pensons qu'il peut contribuer à la progression de l'enfant :

- par une écoute attentive et bienveillante permettant à l'enfant de mieux définir sa souffrance, d'exprimer ses sentiments (détresse, révolte, frustrations) et ses désirs.

- en l'aidant à accepter la réalité de ce qu'il vit, très différente de l'idéal dont il rêve, et à se situer dans cette réalité : son histoire, son sexe, son apparence, ses capacités et ses limites, ses parents et son environnement.

- en l'aidant à se montrer tel qu'il est et à s'ouvrir aux autres.

- en l'aidant à se positionner face à ses parents, à leur autorité, à leur amour trop possessif, à leur un rejet ou à leurs éventuelles critiques injustifiées.

- en gardant une vision optimiste de son avenir et de son devenir possible.

Le médecin généraliste peut également inviter les parents à accepter l'intervention d'un spécialiste compétent, après les avoir sensibilisés à l'importance de l'un des points suivants :

- la communication intra-familiale (écoute, expression des sentiments, secrets, non-dits).

- l'acceptation de l'enfant tel qu'il est sans l'idéaliser, ni le dénigrer et sans conditions préalables.

- le respect de l'identité de l'enfant.

Il nous semble utile, pour conclure, d'insister sur la nécessité pour le généraliste de ne pas céder au découragement face aux très probables manques de

résultats apparents. Même si sa contribution est modeste, il ne doit pas perdre de vue la gravité du pronostic pour l'avenir de ces enfants si rien n'est tenté pour les aider dans cette situation.

3 -2 LIMITES DU PRESENT TRAVAIL ET REGRETS

Le travail effectué est uniquement rétrospectif et donc incomplet

Les observations médicales, rédigées par des étudiants sont de qualité très variable. Elles sont globalement peu fournies, en particulier en ce qui concerne les antécédents médicaux, la famille de l'enfant, sa scolarité, l'heure exacte et les circonstances de la tentative de suicide.

Les observations psychiatriques sont également peu épaisses et peu explicites. La raison en est peut-être la nécessité d'une parfaite confidentialité et aussi, le peu de suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital.

Les dossiers du Tribunal pour Enfants sont en revanche très fournis et abondent de détails sur les revenus de la famille, sur la tenue de la maison, sur la façon dont les enfants sont éduqués, sur l'histoire des différents membres de la famille et sur leurs liens. Nous avons dû les résumer considérablement.

Je n'ai pas rencontré les familles des enfants ni leurs professeurs.

Nous nous sommes contentés d'une étude limitée aux enfants ayant été hospitalisés au C.H.R.U. de Limoges.

Nous n'avons pas élargi ce travail aux autres hôpitaux de la région et nous n'avons pas non plus fait d'enquête auprès des médecins généralistes de la région. Nous n'avons donc qu'un échantillon restreint, non représentatif des tentatives de suicide chez l'enfant dans notre région (environ 60 % des enfants et adolescents qui feraient une tentative de suicide ne seraient pas hospitalisés **(14)**).

D'autre part, il existe sans doute un certain nombre d'enfants, que nous n'avons pas répertoriés, ayant été hospitalisés pour un "accident" ou une ingestion

accidentelle de produits toxiques ou de médicaments alors qu'ils avaient fait une tentative de suicide.

Nous souhaiterions souligner que d'une façon générale, les adultes acceptent difficilement la notion de suicide réel chez l'enfant (10), ou tout simplement la refusent. L'enfant n'aurait pas une volonté de se donner la mort mais seulement une inconscience du danger (5, 23).

Les familles, en particulier pour peu qu'elles en aient la possibilité, transforment le tragique événement en accident (10, 12, 18). Les médecins ont également quelques difficultés à reconnaître qu'un enfant puisse se suicider et à déclarer un suicide. Cela implique une sous-estimation probable des statistiques officielles (5,23) ; (de 2 ou 3 fois inférieures au nombre réel : (17).)

Les données concernant la notion de mort chez le jeune enfant et donc la possibilité ou non qu'il a de se donner consciemment la mort (sachant réellement ce qu'elle est), ne sont pas tranchées.

Certains reconnaissent à l'enfant une certaine intuition de la mort, y compris de la leur dès l'âge de deux ans (18,24).

D'autres estiment qu'avant l'âge de 8 à 9 ans, l'enfant considère la mort comme réversible, qu'avant l'âge de 9 à 10 ans, il pense qu'elle ne touche que les autres et qu'elle est agréable (16,18,24,25) et que l'enfant parviendrait à la maîtrise intellectuelle du concept de mort (irréversible, irrévocable et universelle) que vers la fin de la période de latence (vers l'âge de 10 ans) (18,25).

Cependant, une maturation massive et brutale serait possible chez l'enfant lors de la naissance, de la maladie ou du deuil d'une personne de son entourage. Il arriverait ainsi à avoir des conceptions proches de celles de l'adulte (18,23,24,25).

Nous n'avons pas voulu entrer dans ce débat et avons considéré que, somme toute, quelles que soient les conceptions de la mort du jeune enfant, le taux de passage à l'acte de ce dernier est très faible (25) et qu'il n'est pas dans la norme qu'il ait des conduites dangereuses pour lui-même, (qu'elles soient réellement ou pas des "tentatives de suicide").

Etant donné le petit nombre d'observations et le caractère ponctuel et localisé de notre étude, il ne sera pas possible d'en généraliser les résultats (c'est le cas malheureusement des autres études peu nombreuses sur ce sujet) (5)

De plus, nous n'avons pas mesuré la gravité des conduites suicidaires avec une échelle d'évaluation standardisée (bien que nous ayons eu connaissance de 7 d'entre elles), ce travail ne pouvant pas être fait rétrospectivement. Ceci aurait permis de faire des comparaisons **(29)**.

Nous n'avons pas non plus comparé notre échantillon avec une population d'enfants dits "normaux" pour des questions de déontologie et de temps **(29)**.

Notre travail est certainement entaché de subjectivité, faute d'avoir eu des instruments de recherche standardisés.

Nous regrettons, en particulier, le manque de données rétrospectives concernant l'éventualité d'abus sexuel (viols, attouchement, pénétration digitale, applications régulières de pommade sur les organes génitaux externes) **(15,19,34)**.

Il existerait en effet une relation entre les abus sexuels et les conduites suicidaires chez l'enfant **(4,19,34)**.

De même, nous n'avons pas été en mesure d'étudier de façon satisfaisante l'influence éventuelle des films télévisés comportant des suicides **(16,17)** ou des lectures de l'enfant, sur sa conduite suicidaire.

CONCLUSION

La fréquence des tentatives de suicide chez l'enfant est très faible, mais probablement sous-estimée, dans notre travail comme dans les rares études que nous avons pu recenser. En effet, le phénomène du suicide chez l'enfant est souvent méconnu ou nié par les familles des enfants concernés, comme par les médecins, qui transforment volontiers ces gestes en "accidents". De plus, le nombre des enfants hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide ne représenterait que 40 % de la totalité.

Notre travail, rétrospectif, est réalisé à partir d'un petit échantillon d'enfants, sans moyens d'étude standardisés, ni comparaison avec une population d'enfants dits "normaux". Il permet, cependant, de mieux appréhender certains aspects des tentatives de suicide chez l'enfant :

- **la gravité du pronostic** (décès ou risque par la suite de manifestations de violence, de marginalisation, d'évolution vers la délinquance, ou d'apparition de manifestations psychosomatiques gênantes), qui impose de ne pas méconnaître ni banaliser une tentative de suicide chez un enfant.

- **l'absence quasi-constante de troubles mentaux caractérisés** chez l'enfant ayant fait une tentative de suicide, mais l'existence de plusieurs facteurs concernant son histoire et sa famille qui, du fait de leur gravité et surtout de leur cumul, se conjugueraient pour le pousser vers une tentative de suicide.

- **la nécessité pour la famille d'une aide**, qui ait un double caractère, psychiatrique et socio-éducatif, avec une proportion variable de ces deux composantes, bien que cette aide soit presque systématiquement refusée. En effet, la famille, n'ayant que rarement conscience de son dysfonctionnement, et de la souffrance réelle de l'enfant, ne comprend pas la nécessité d'un suivi, ni pour l'enfant ni pour elle. De ce fait, les différents intervenants qualifiés, susceptibles de prendre en charge l'enfant et sa famille à la sortie de l'hôpital, sont souvent réduits à l'impuissance.

- **le rôle du généraliste**, qui, bien que peu qualifié dans ce domaine, est parfois le seul référent soignant accepté par la famille.

Ce dernier a rarement une fonction de prévention ; à moins de connaître la famille, il ne peut détecter les signes de détresse de l'enfant, les comportements suicidaires masqués, ni un cumul de "facteurs de risques".

Il peut être amené à reconnaître une tentative de suicide et à hospitaliser l'enfant.

Parfois, il revoit ce dernier à sa sortie de l'hôpital, soit de façon épisodique, soit dans le cadre du suivi d'une manifestation psychosomatique qui gêne l'enfant. Il peut alors avoir un rôle de conseil, en collaboration avec le psychiatre qui a reçu l'enfant lors de son hospitalisation, et, quand il y en a, avec les travailleurs sociaux qui connaissent la famille. Quoiqu'il en soit, la contribution du généraliste, aussi modeste soit-elle, peut s'ajouter à celle de tous ceux qui ont côtoyé l'enfant et essayé de l'orienter vers un choix de vie et non de mort.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - ARNAUD I. et BERNHARD M.C.

Mode de prise en charge des suicidants en Limousin
Observatoire Régional de la Santé du Limousin
1989, 10-11

2 - ARNAUD I. et BERNHARD M.C.

Etude épidémiologique de la mortalité par suicide en Limousin de 1968 à
1986
Observatoire Régional de la Santé du Limousin
1989, 1-29

3 - BACKUS W. et CHAPIAN M.

Bien se connaître pour mieux vivre
Editions Empreinte - Besançon
1988, 9-192

4 - BACKUS W.

Bien communiquer pour mieux vivre
Editions Empreinte - Besançon
1989, 5-190

5 - BROCHIER F.

Les tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent (A partir d'une
pratique dans un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile).
Thèse Med. Lille - 1983, N°336, 9-15,87-97-100-112

6 - CHECK W.A.

Les médecins s'intéressent de plus en plus à l'homicide, au suicide et aux
autres formes de violence
J.A.M.A
1985, supplément au N° 112, 10-15

7 - CONSEIL D'ETAT

Statut et protection de l'enfant
Les Etudes du Conseil d'Etat, La Documentation Française
Paris, 1991, 16,92,142

8 - DIATKINE G.

Familles sans qualité : les troubles du langage et de la pensée dans les
familles à problèmes multiples
La Psychiatrie de l'Enfant, P.U.F.
1979, 22, N°1, 237-273

9 - DUCHE D.J.

Les tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent
La Psychiatrie de l'Enfant
1964, 78, 1-114

10 - DUCHE D.J.

Les conduites suicidaires de l'enfant
Psychologie médicale , 1987, 19, 10, 1771-1772

11 - FLAVIGNY C.

L'approche familiale après les gestes suicidaires des enfants
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence
1980, 28, 9, 387-391

12 - GOCLOWSKI L.

Les conduites suicidaires chez l'enfant
Thèse Med. , Nancy,
1984, N°119, 2, 40, 45, 55, 67, 68, 84

13 - GUILLON J.L.

Tentatives de suicide d'enfants et adolescents :
 A propos de 67 observations d'un service de Pédiatrie Générale
 Thèse Med., Paris Ouest,
 1984, N°35, 99-129, 157-180

14 - HENIAU - MARQUET D., BOUDIER J. et OCHOA A.

Epidémiologie des tentatives de suicide hospitalisées dans le service de
 Pédiatrie I du C.H.R.U. de Limoges durant l'année 1990
 Observatoire Régional de la Santé du Limousin
 1991, 23

15 - HERMAN-GIDDENS M.E.

Toilette intime et abus sexuels chez l'enfant
 J.A.M.A., 1989, 1, N°1, 80-84

16 - HOFFMANN C.

La tentative de suicide chez l'enfant
 A propos de 34 enfants de moins de 14 ans pris en charge par le S.A.M.U. de
 Lyon
 Thèse Med., Lyon Nord, 1987, N° 372, 7, 39-71

17 - HOLINGER P.C.

The causes, impact, and preventability of childhood injuries in the United
 States
 Am. J. Dis. of child.
 1990, 144, N° 6, 670-676

18 - KABUTH B. et VIDAILHET C.

Les conduites suicidaires chez l'enfant.
 Neuropsychiatrie
 1990, 5, N°2

19 - KENNETH FULLER A.

Pédophilie et violences sexuelles sur des enfants
 J.A.M.A.
 1989, 1, N° 1, 66-67

20 - KLERMAN L. et WEISSMAN M.M.

Déprimés : plus nombreux, plus jeunes
J.A.M.A., 1989, 1, N° 3, 292-295

21 - KOSKY R. et SILBURN S.

Are children and adolescents who have suicidal thought different from those
who attempt suicide
J. Nerv. Ment. Dis.
1990, 178, N°1, 38-43

22 - LAHAYE T.

Comment vaincre la dépression ?
L.L.B., France - Guebwiller - 1975

23 - MAZET P.

Conduites suicidaires chez l'enfant
La Rev. du Prat.
1987, 37, N° 13, 719-724

24 - MAZET P. et HOUZEL D.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent .
Maloine Ed. , 1, 242-245

25 - MOUREN - SIMEONI M.C.

La maladie dépressive chez l'enfant et l'adolescent
CIBA, Rueil-Malmaison
1986, 191-209

26 - PPATHOMOPOULOS E. et VLACHOS P.

Suicidal attempts by ingestion of various substances in 2050 children and
adolescents in Greece
Can. J. Psychiatry.
1989, 34, N° 3, 205-210

27 - PAYNE L.

Crise de la masculinité
J.E.M., 1 000 Lausanne 25
1985, 9,57,90,106,112

28 - PAYNE L.

L'image brisée
Editions Trobisch, Kehl
1989, 35-134

29 - PFEFFER C.R.

Studies of suicidal preadolescent and adolescent inpatients : a critique of
research methods
Suicide and life - Threat. Behav.
1989, 19, N° 1, 58-77

30 - PFEFFER C.R. et PLUTCHIK R.

Changes in suicidal behavior in child psychiatric inpatients
Acta. Psychiatr. Scand. ,
1989, 79, N° 5, 431-435

31 - PHILIPPE A. et DAVIDSON F.

Suicide et tentative de suicide aujourd'hui - Etude épidémiologique
Les Editions INSERM Grandes Enquêtes
1986, 99-110

32 - PIQUARD A.

A la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard
psychiatrique sur "ces gens là"
Psychiatrie de l'Enfant, P.U.F.
1987, 30, N° 1, 167-207

33 - PRATNEY W.

Devil take the youngest. The war on childhood
Huntington House - Shreveport Louisiana
1985, 44-46

34 - REMAFEDI G.

Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth

Pediatrics

1991, 87, N° 6, 869-875

35 - ROGERS C.R.

Le développement de la personne

Edition Dunod - Collection "Organisation et Sciences humaines"

Paris - 1991

36 - ROUILLON F.

Epidémiologie du suicide

La Rev. du Prat.

1987, 37, N° 13, 703-708

37 - SULLEROT E.

Quels pères ? Quels fils ?

Fayard - Mesnil-sur-L'Estrée

1992, 114, 203-242

38 - THOMPSON B. et THOMPSON B.

Murs de mon coeur

J.E.M. 1261 - Burtigny, Suisse

1989, 84-99, 131-167

39 - TRAUTMAN P.D. et SHAFFER D.

Pediatric management of suicidal behaviour

Pediatr. Ann.

1989; 18, N° 2, 134, 136, 138

40 - VANIER J.

La communauté, lieu du pardon et de la fête

Fleurus - Bellarmin - Paris

1979, 3-10, 23, 181, 148, 201, 505

41 - ZIVI A.

Les facteurs des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent
Ann. de Pediat.
1986, 33, N° 6, 503-506

BIBLIOGRAPHIE

1 - GARRISON C.G.

The study of suicidal behaviour in the schools
Suicide - Life - Threat - Behav
1989, 19, n°1, 120-130

2 - GAUSCHE N. et SEIDEL S.S.

Violent death in the pediatric age group : rural and urban differences
Pediatr. Emerg. Care
1989, 5, N°1, 64-67

3 - GUITTON C. et ADAD C.

Tentative de suicide, manipulation du contexte et dialectique du déni en
thérapie familiale systématique
Thérapie familiale, Genève, Revue internationale d'Associations
francophones
1981, 2, N°2, 155-171

4 - KASHANI J.H. et GODDARD P.

Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and
adolescents
J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry
1990, 29, N°2, 912-916

5 - KEITNER G.I et MILLER I.W.

Family functioning and major depression : an overview
Am. J. Psychiatry
1990, 147, N°9, 1128-1137

6 - LEMAY M.

" J'ai mal à ma mère " ou Approche thérapeutique du carencé relationnel
Editions Fleurus - Paris - 1979

7 - MABRUT J.P. et GUILLOUX J.

Le suicide de l'enfant avant la puberté (a propos de douze cas)
Psychologie médicale
1983, 15, N°1, 107-110

8 - MARIN J.

Aimer, c'est pardonner
Lion de Juda - Paris - 1990

9 - PFEFFER C. R.

Assessment of suicidal children and adolescents
Psychiatr. Clin. North. Am.
1989, 12, N°4, 861-872

10 - PUIG- ANTICH J.

A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder
Archives of general Psychiatry
1989, 46, N°5, 406-415

11 - RAIMBAULT G.

L'enfant et la mort. Des enfants malades parlent de la mort : Problèmes de la
clinique du deuil
Edouard Privat - 1975

12 - TURGAY A.

An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behaviour
Psychiatr. Clin. North. Am.
1989, 12, N°4, 971-985

13 - VALLEE D.

Pour une suicidologie systémique
Thérapie familiale, Genève, Revue internationale d'Associations
francophones
1988, 9, N°2, 159-165

14 - WALKER M. et MOREAH D.

Parent's awareness of children's suicide attempts
Am.J.Psychiatry.
1990, 147,N°10, 1364-1366

TABLE DES MATIERES

	N° pages
INTRODUCTION	13-14
I - MATERIEL ET METHODES	15-20
II - RESULTATS	21-128
2-1 Les observations	22-88
2-2 Résultats analytiques et comparaison point par point avec les références bibliographiques	89-128
III - COMMENTAIRES	129-139
3-1 Commentaires des résultats	130-137
3-1-1 Le pronostic des tentatives de suicide	130
3-1-2 Le cumul des facteurs pouvant pousser l'enfant vers une tentative de suicide	130-134
3-1-3 Le rôle du généraliste dans le cadre des tentatives de suicide chez l'enfant	134-137
3-2 Limites du présent travail et regrets	137-139
CONCLUSION	140-142
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	143-150
BIBLIOGRAPHIE	151-154

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.



BON A IMPRIMER N° 9

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Nous recensons, sur une période de dix ans (1983-1993), dix-huit observations d'enfants, âgés de moins de treize ans, hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide au C.H.R.U. de Limoges.

Nous complétons ensuite ces observations, après avoir rencontré différentes personnes ayant suivi ces enfants avant ou après leur hospitalisation.

Puis, nous comparons les résultats analytiques de nos observations avec ceux provenant des références bibliographiques.

De notre travail, se dégagent alors quatorze facteurs ayant pu pousser ces enfants vers une tentative de suicide. Nous insistons sur l'importance de leur cumul (douze enfants sur dix-huit en ont au moins neuf).

Nous soulignons également le pronostic péjoratif de ces tentatives de suicide (à court et à long terme).

Nous pensons que le rôle actuellement restreint du généraliste, vis à vis de ces enfants, peut évoluer (prévention, accompagnement, conseil).

Nous espérons que des études prospectives verront le jour, avec des échantillons plus importants afin de limiter les biais, et des échelles d'évaluation standardisées.

MOTS CLES

Suicide (tentative de)
Enfant