



**MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

THÈME :

***Les Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent reçu à EHS mère
enfant et CHU de Tlemcen***

Du 01 mars 2022 au 01 octobre 2023

Réalisé par :

Mme. Benazza Nour el Houda.

Mme. Mimouni Imene

Mme. Benzerdjeb Amel

- **Sous la direction du chef de service :** Professeur H. BOUCIF Professeur en Psychiatrie.
- **Encadré et supervisé par :** Docteur W. BOUABDELLAH Maître-assistante en Psychiatrie.

Année universitaire : 2023-2024

Les remerciements

En tout premier lieu, nous remercions ALLAH, le tout puissant, de nous avoir tracé le chemin de la réussite et de nous avoir accordé la santé la volonté ainsi que le courage et la patience pour mener à terme notre formation en vue de l'obtention du titre de docteur en médecine ainsi que l'achèvement de ce travail de recherche.

Au terme de ce mémoire de fin d'étude nous tenons à adresser nos vifs remerciements à tous ceux et celles qui ont contribué à son achèvement d'abord à notre encadrant de mémoire Docteur Wassila Bouabdellah maître-assistante en psychiatrie à qui nous voudrions lui témoigner notre gratitude pour sa patience et son soutien qui nous ont été précieux pour mener à bien notre travail ainsi que notre profonde admiration pour son sérieux , humanisme et son sens du devoir inébranlable qui nous ont profondément marqué .

Nous voudrions remercier aussi le Professeur H.Boucif chef de service en psychiatrie de nous avoir accueilli au sein de son service durant notre stage d'internat , stage qu'on a beaucoup apprécié.

Un grand merci aux personnes qui ont répondu à notre questionnaire et qui ont partagé leurs expériences ainsi qu'à toute personne ayant contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail et que nous aurions oublié de mentionner.

Le Serment d'Hippocrate

je promets et je jure, au nom de Dieu, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Je m'engage à préserver et à promouvoir la santé dans toutes ses composantes physiques, mentales, individuelles et sociales.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Je ferai tout mon possible pour soulager les souffrances. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre la dignité humaine. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne trahirai jamais leur confiance ni ne forcerai les consciences. Je ne réaliserai aucun soin qui dépasse mes compétences et m'engage à actualiser mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Je donnerai mes soins gratuits à celui qui est dans le besoin et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs disciples l'instruction qu'ils m'ont transmise. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si je manque à mes promesses. Et, si j'y suis fidèle, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime.

Dédicaces

To the two dearests in my heart, where love and warmth always start.

To my mother, forever dear,

Your love, a treasure, ever near.

To my father, supporting and wise,

Your care, a balm through life's lows and highs.

Words can't fully express the love I owe,

Gratitude deeper than words can show.

May Allah preserve you, my parents dear,

Grant me the grace your love to revere.

Forgive and bless you, in mercy's embrace,

As you raised me with boundless grace.

Bestow upon you health and long life,

In devotion to Him, free from strife.

To my brother, bright and brave, whose support I forever engrave.

May Allah guide and guard your way, filling your life with joy and sway.

To my sister, friend of my soul, your insight and presence made me whole.

May Allah grant your heart's desires,

And light the path where your dreams aspire.

To my grandmother, always near, with prayers and gentle support, so dear.

Though you can't see this journey's end, your love and care still transcend.

May Allah's mercy and grace enfold,

And grant you a home in heaven's highest hold.

To the past me, relentless and bold,
For never giving up, even when the journey was cold.
To the child within every grown-up,
To every parent guiding a soul in a world of wounded adults,
To the struggling seekers of meaning and solace,
To the brave hearts in silent battles,
To those on the brink of despair, who choose to persevere,
And to those whose suffering led to a painful end,
To those who found light at the tunnel's end,
And to those still journeying through the darkness.
You are not alone.

Melle Nour Houda Benazza.

إلى خَلِّي أبي و كُلِّي ...
أنا من قُلْتَ يوماً عَنِّي قطعةً منك
أنا من أَهْدَيْتَنِي لَقَبًا و بِهِ تاجًا و مِسْكَ
فها أنا ذا أَشْعُ فخرًا بِكَ و لَكَ
أمامي فَأَشْتَأُفُكَ و إن لم أَبْتَعد عَنْكَ
أبي ... هذا وَ عدي أوفيه إِلَيْكَ
إلى كَيْدِي أُمِّي و سَنَدِي ...
زَرَعْتُ و حان حينُ الحَصَادِ
رَفَعْتُ الهمَمَ فَكنتِ للخيرِ المِهَادِ
ألا أَلْيَبِكِ شَرِيفَ الطَّلَبِ و المُرَادِ
ففي بَرِّكَ العِزُّ و الرِّفْعَةُ و الرِّشَادِ
إلى أُخْتَاي , إِرْتُ من والداي ...

شكرا على الدعم في أزمٍ و إحسان
شدّدتم عَضْدي باعتزازٍ و إيمان
جميلُكُنَّ دَيْنٌ و رُدُّه وعدٌ في إعلان
إلى بعضٍ .. إلى كُلِّ.....
إلى كُلِّ من رفعَ شأنِي بعِلْمٍ و بَيان
جَزَاكم المولى و جزاؤه فضلٌ و جَنَان

- ميموني إيمان -

Je dédie ce modeste travail à mes parents, qui m'ont conseillé, soutenu et m'ont permis de me consacrer pleinement à mes études.

Aux familles Benzerdjeb et Dib, à mes oncles, tantes ainsi qu'à mes grands-parents vivants et Défunts, qui seraient fiers du parcours que j'ai accompli.

Aux figures de l'ombre, amies et proches qui ont été présent et m'ont aidé afin de mener à bien ma formation ainsi que l'achèvement de ce travail.

Melle Amel Benzerdjeb.

Table des matières :

<i>Remerciements.....</i>	<i>I</i>
<i>Le serment d’Hypocrate.....</i>	<i>II</i>
<i>Dédicaces</i>	<i>IV</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>X</i>
<i>Liste des abréviations</i>	<i>XI</i>
<i>Introduction générale :</i>	<i>1</i>
<i>Chapitre 1 : Qu’est-ce que la pédopsychiatrie ?</i>	<i>3</i>
1.Généralités sur la pédopsychiatrie.....	3
2.Histoire de la naissance de la pédopsychiatrie	5
3.les troubles pédopsychiatriques.....	7
4.le développement psychique de l’enfant.....	9
5.Le lien de causalité dans les troubles pédopsychiatrique.....	17
<i>Chapitre 2 : les troubles pédopsychiatrique de l’enfant.....</i>	<i>18</i>
1.Les troubles chez les enfants d’âge préscolaire.....	18
1.1 Les troubles fréquent	19
1.2 Les troubles lié à la maltraitance infantile	20
1.3 Les troubles envahissant du développement.....	22
1.4 Les troubles émotionnels	27
1.5 les troubles de conduite	32
1.6 Le Déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité.....	34
1.7 les troubles de l’élimination	37
2. la prise en charge	38
<i>Chapitre 3 : les troubles psychiatrique à l’adolescence.....</i>	<i>42</i>

1. Qu'es que l'adolescence ?	42
2. Qu'est qu'une période d'adolescence normale ?.....	43
3. Le développement d'un adolescent	44
4. Les étapes de l'adolescence	46
5. Les composantes du développement de l'adolescence.	48
6. Les syndromes psychiatriques de l'adolescent	60
6.1 Les Troubles persistants de l'enfance	62
6.2 Les troubles survenant à l'adolescence.....	62
6.3 Troubles majeurs ressemblant à des troubles adultes survenant l'adolescence et trouble propre à l'adolescent.....	64
<i>Chapitre 4 : Les tentative de suicide en pédopsychiatrie</i>	<i>76</i>
1.Generalités	79
2.Définition	79
3.Epidemiologie	81
4.Le suicides, symptôme ou une maladie ?	85
4.1 Les facteurs de risque du suicide	86
4.2 Les facteurs déclenchant courant du suicide	88
4.3 Les facteurs biologiques influençant la conduite suicidaire	93
4.4 Le moyen le plus utilisé chez le suicidant.....	95
5.Le diagnostic et prise en charge des suicidant	96
6.La prévention au près des enfants et adolescents à risque	99
<i>Partie pratique :</i>	<i>109</i>
I. Les objectifs de notre étude	110
II. L'intérêt de notre étude	110
III matériels et méthodes	110
1) Type et période d'études	111
2) Population étudié.....	111
a) Les critères d'inclusion.....	111

b) Les critères de non inclusions	111
c) Taille de l'échantillon	111
3) Recueil des données	111
4) Les limites de notre étude	111
5) Les traitements des données	111
6) La présentation du questionnaire	111
7) Résultats et interprétations	115
8) La discussion pratique	132
9) Conclusion	136
10) Annexe	137
11) Résumé	

Liste des figures

Figure 1 : la répartition des patients en fonction du sexe.....	115
Figure 2 : la répartition des patients en fonction de la tranche d'âge ou prédomine la TS	115
Figure 3 : la répartition des patients en fonction de leur statut marital	116
Figure 4 : la répartition des patients en fonction de leur situation familiale.....	116
Figure 5 : la répartition des patients en fonction du nombre de frère et sœur.....	117
Figure 6 : la répartition des patients en fonction du niveau d'instruction	118
Figure 7 : la répartition des patients en fonction du niveau professionnel	119
Figure 8 : la répartition des patients en fonction du milieu d'habitation	120
Figure 9 : la répartition des patients en fonction des antécédents personnels médicaux	120
Figure 10 : la répartition des patients en fonction des antécédents personnels psychiatrique	120
Figure 11 : la répartition des patients en fonction du type d'antécédents personnels psychiatrique ..	121
Figure 12 : la répartition des patients en fonction de la présence de traits de personnalités pathologiques.....	122
Figure 13 : la répartition des patients en fonction de la présence d'antécédents personnel d'automutilation	122
Figure 14 : la répartition des patient en fonction de l'usage de substance illicite et sa nature	122
Figure 15 : la répartition des patients en fonction des antécédents de TS.....	123
Figure 16 : la répartition des patients en fonction du nombre de TS	123
Figure 17 : la répartition des patients en fonction du moyen utilisé lors de la TS précédant.....	124
Figure 18 : la répartition des patients en fonction des antécédents familiaux psychiatrique	125
Figure 19 : la répartition des patients en fonction du type d'antécédent familiale psychiatrique.....	125
Figure 20 : la répartition des patients en fonction des habitude de consommation toxique familiale ...	125
Figure 21 : la répartition des patient en fonction des antécédents carcéral et judiciaire familiale.....	126
Figure 22 : la répartition des patient en fonction du moyen utilisé lors de la dernière TS	126
Figure 23 : la répartition des patients en fonction du type de médicament utilisé lors de sa dernière tentative de suicide	127
Figure 24 : la répartition des patients en fonction du motif de la TS évoqué par le suicidant	127
Figure 25 : la répartition des patients en fonction de la présence de remort face à leur acte	128
Figure 26 : la répartition des patients en fonction du risque de récurrence ultérieure	128
Figure 27 : la répartition des patients en fonction du risque de récurrence	129

Figure 28 : la répartition des patient en fonction du type de prise en charge somatique	130
Figure 29 : la répartition des patients en fonction de la prise en charge psychiatrique	130
Figure 30 : la répartition des patients en fonction de l'évaluation du RUD	131

La liste des abréviations

OMS : organisation mondiale de la santé

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

TAS : trouble du spectre autistique .

PTSD : post-traumatic stress disorder

TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

QI : quotient intellectuel

TS : tentative de suicide.

RUD : Risque de dangerosité urgence.

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorder.

CIM : classification internationale des troubles mentaux.

ATCD : antécédent

L'introduction générale :

Le suicide, tragique et complexe, reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, parmi les groupes vulnérables : les enfants et adolescents demandent une attention particulière, pourquoi ? Leur fragilité émotionnelle, leur développement psychosocial en cours et leur exposition à divers facteurs dans leurs environnements font d'eux une population à risque, selon le DSM-5 une tentative de suicide en pédopsychiatrie est par définition un comportement autodirigé potentiellement préjudiciable, entrepris avec l'intention de mourir, les enfants et adolescent suicidants souffrent d'un trouble de gravité très variable ils ne présentent pas nécessairement une pathologie mentale identifiable néanmoins, le geste suicidaire doit toujours être considéré aux urgences comme grave, car quelle que soit sa dangerosité médicale il reste grave car il s'agit d'une atteinte de son corps par le jeune, mais aussi car il témoigne d'une souffrance qui n'a pas pu être dite autrement outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles, le risque principal est la récurrence suicidaire.

Plutôt que d'accumuler les hypothèses théoriques et hasardeuses sur les causes et facteurs de risques suicidaire il apparaît maintenant nécessaire de mieux connaître les adolescents suicidants de s'interroger sur leurs caractéristiques familiale et personnel sur leurs passé ou leur vie présente on cherche en quoi ils ressemblent ou diffèrent d'autre jeunes gens de même âge et sexe non suicidant qui subissent ou non les même frustrations et les même agressions et qui ont choisi ou non d'autres méthodes d'expression de leur souffrances ou révolte. En raison de la multiplicité et diversité des facteurs en cause (individuels, familiaux, sociaux, etc.) et leur inter relation la recherche en suicidologie à beaucoup à gagner en l'utilisation des méthodes épidémiologiques pour répondre à des questions tel que la prévalence des TS à titre d'exemple ainsi que les facteurs socio-démographiques qui interviennent dans la genèse d'idées suicidaire chez un enfant ou adolescent .A travers notre étude pratique guidé par un travail de recherche théorique qui aura pour objectif d'appuyer ou de réfuter nos résultats nous allons tenter de répondre à nos deux problématique qui sont la prévalence des TS au sein d'une population donné ainsi que le profile socio-démographique d'un adolescent suicidant car en identifiant ces profils, nous pourrions élaborer des stratégies de prévention ciblées et efficaces et ainsi être plus proche de certains jeunes en détresse.

Revue de la littérature

Chapitre 1 : Qu'est-ce-que la pédopsychiatrie ?

1. Généralités :

La pédopsychiatrie concerne l'évaluation et le traitement des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants. Hélas, ces problèmes sont très courants, avec des taux de prévalence allant de 10 à 20 % dans plusieurs études communautaires. La majorité des enfants perturbés ne sont pas pris en charge par des services psychiatriques spécialisés, mais par des médecins généralistes, des médecins de famille, des pédiatres, ainsi que par d'autres professionnels tels que les enseignants et le personnel des établissements de soins résidentiels. Par conséquent, la connaissance de la variété des problèmes émotionnels et comportementaux présentés par les enfants est importante pour tous les médecins impliqués dans leur prise en charge.ⁱ

Les enfants sont des individus en développement et ne sont pas des adultes en miniatures.

Au cours de l'enfance, l'enfant subit une transformation remarquable, passant d'un nourrisson impuissant et dépendant à un individu indépendant, autosuffisant, avec ses propres points de vue et perspectives, capable de se lancer dans une carrière et de vivre séparément de sa famille. La connaissance des mécanismes sous-jacents à ces événements est nécessaire pour comprendre la nature des perturbations psychologiques de l'enfance. Cette connaissance permet également de définir plus clairement ce qu'est un comportement approprié à l'âge et de distinguer le normal du pathologique.

Dans l'enfance, la distinction entre la perturbation et la normalité est imprécise, les symptômes isolés sont courants et non pathologiques par exemple, de nombreux enfants se sentent occasionnellement tristes, malheureux colérique cela ne signifie pas qu'ils sont perturbés. La perturbation se caractérise par le nombre, la fréquence, la gravité et la durée des symptômes, plutôt que par le type de symptomatologie de plus, les enfants perturbés ne présentent généralement pas de symptômes pathologiques incontestables tels que des hallucinations ou des délires. En pratique clinique, il est souvent plus important de savoir pourquoi l'enfant est au centre des préoccupations plutôt que d'adopter une perspective plus étroite pour déterminer si l'enfant est perturbé ou non.

Une autre caractéristique importante de la perturbation de l'enfance est que plusieurs facteurs, contribuent à son développement cela rend l'évaluation et le traitement plus difficiles, car il y

à une condition essentielle pour qu'un traitement réussisse, est l'évaluation correcte de la contribution relative des différents facteurs étiologiques.

Les facteurs étiologiques sont généralement classés en deux groupes, constitutionnels et environnementaux, les premiers incluent les facteurs héréditaires à titre d'exemple l'intelligence et le tempérament tandis que les trois principales influences environnementales sont la famille, l'éducation et la communauté un autre facteur, la maladie physique ou le handicap, s'il est présent, peut avoir un impact profond sur le développement de l'enfant et sur sa vulnérabilité et le prédispose à des perturbations d'ordre psychique.

Trois autres considérations revêtent une importance générale pour comprendre le comportement des enfants : la nature de la situation, l'impact des événements stressants vécus et le rôle de la famille.

Le comportement des enfants varie considérablement en fonction des différentes situations, c'est-à-dire qu'il est spécifique à la situation. Par exemple, un enfant peut poser de graves problèmes à l'école mais pas à la maison, ou vice versa, par conséquent, il peut y avoir une divergence entre l'avis sur le comportement de l'enfant des parents et des enseignants. L'explication la plus probable est que les demandes et les attentes attendues par l'enfant dans les deux situations sont différentes. Il est donc essentiel d'obtenir plusieurs avis indépendants sur le comportement de l'enfant chaque fois que c'est possible, afin d'avoir une évaluation plus précise et objective de la nature du comportement pour une meilleure prise en charge, et réduisant ainsi le risque de malentendu entre parent et enseignants.

Les enfants sont des individus immatures en développement dont les capacités et les compétences d'adaptation changent considérablement au cours de l'enfance, qui est une période de la vie caractérisée par le changement, le défi et la nécessité d'adaptation par conséquent, il n'est pas surprenant que des symptômes de perturbations puissent apparaître en période de stress, lorsque la charge psychique imposée à l'enfant est excessive. Des recherches (Du Goodyer de 1990) ont montré que les événements de la vie sont associés à une morbidité psychiatrique accrue chez les enfants, un constat similaire à celui rapporté pour les adultes.

Certains stress, tels que la naissance d'un frère ou sœur ou la scolarisation sont bien entendus normaux et inévitables, tandis que d'autres, tels qu'un divorce parental ou la maladie mettant la vie en danger, sont graves, avec des conséquences à long terme pour le bien-être de l'enfant. Cependant, l'enfant peut faire face avec succès au stress, renforçant ainsi son estime de soi et

sa confiance. En revanche, l'enfant peut être submergé, réagissant par le développement d'un comportement symptomatique ce dernier peut impliquer un comportement régressif (c'est-à-dire se comporter de manière plus immature et dépendante) ou mal adapté (par exemple, l'agressivité, l'anxiété excessive ou le repli sur soi).

Un élément essentiel de l'évaluation est l'identification des facteurs de stress qui peuvent contribuer au problème, car cela influencera les stratégies de prise en charge ainsi que le pronostic.

La famille est la cause responsable soit de la préservation de la santé mentale de l'enfant ou du contraire l'évaluation des parents, de la relation conjugale et de la qualité des relations familiale est une composante essentielle de la pratique pédopsychiatrique. Il a été fréquemment observé que ce sont les parents qui sont perturbés et non l'enfant initialement.

Enfin, de nombreux enfants perturbés ne se plaignent pas de leur détresse ni ont conscience de leur problème ; ce sont plutôt leurs parents ou d'autres adultes impliqués dans leur prise en charge qui portent l'enfant tire la sonnette d'alarme. Les enfants perturbés manifestent plus fréquemment leur détresse ou leur malheur de manière indirecte à travers des symptômes tels qu'une somatisation de la douleur, de l'agressivité ou un repli sur soi. Les questions directes posées à l'enfant lors de l'entretien initial ne sont guère susceptibles de révéler la véritable ampleur de ses sentiments ou le degré de sa détresse. Des observations lors de l'entretien et l'utilisation de techniques indirectes telles que le jeu sont nécessaires pour obtenir une vision plus précise des sentiments de l'enfant. Cela n'a de chances de réussir que lorsque la relation de confiance a été établie entre l'enfant et le clinicien.ⁱⁱ

2. L'histoire de la naissance de la pédopsychiatrie :

Les pionniers de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'ils soient médecins ou non, étaient principalement des éducateurs et des spécialistes de la rééducation des troubles sensoriels et des retards de développement.

Au XVI^e siècle, Ponce de Léon, un moine bénédictin, initie les premières tentatives d'instruction des personnes sourdes et muettes..

À la fin du XIX^e siècle, Bourneville crée le premier centre médico-pédagogique, tandis que Claparède intègre des "classes spéciales" pour les enfants déficients à Genève. En collaboration avec Naville, une consultation médico-pédagogique est établie entre 1904 et 1908 pour sélectionner les élèves des classes spéciales. Binet et Simon publient en 1905 la

première échelle de mesure du développement intellectuel en France. Par la suite, la discipline connue sous le nom de "neuropsychiatrie de l'enfant" va pouvoir se développer.

Les quatre premières décennies du XXe siècle peuvent être divisées en quatre périodes distinctes. La première décennie est marquée par l'introduction de la psychométrie, l'émergence des théories psycho-dynamiques de Freud, et le développement des mouvements d'hygiène mentale initiés par Beers. La deuxième décennie voit l'établissement des premiers centres pour les enfants délinquants, la création de foyers pour les enfants en danger moral, et l'expansion des écoles spéciales. La troisième décennie est caractérisée par les efforts des éducateurs, psychologues et médecins pour élaborer de nouvelles méthodes éducatives adaptées aux problèmes divers des enfants en difficulté. Les premiers centres de guidance infantile, dirigés par des médecins, psychologues et travailleurs sociaux, font leur apparition. Enfin, la quatrième décennie est marquée par la mise au point et la généralisation des méthodes psychothérapiques. La "psychiatrie infanto-juvénile" émerge progressivement comme une spécialité distincte, se détachant de la psychiatrie adulte et de la pédiatrie

Issu de la psychiatrie générale, le domaine de la psychiatrie de l'enfant a longtemps oscillé entre deux tendances a priori contradictoires : l'organogenèse, attribuant la plupart des troubles mentaux à des causes organiques, et la psychogenèse, concevant les troubles mentaux comme résultant principalement de processus psychiques. Cette dualité a influencé l'évolution de la psychiatrie depuis ses débuts au XIXe siècle

Les années 1970 et l'émergence de la psychiatrie biologique sont venues montrer que ces deux tendances se révèlent non pas exclusives l'une de l'autre mais aussi complémentaires.

L'utilisation des traitements médicamenteux en psychiatrie de l'enfant reposait initialement sur des données empiriques, avec une place limitée accordée aux médicaments psychotropes dans les années 1970. Les premières études sur les amphétamines et les neuroleptiques entre les années 1930 et 1970 manquaient de précision. Cependant, dans les années 1980, les recherches approfondies ont permis de définir les indications spécifiques, les effets thérapeutiques, les paramètres pharmacocinétiques et la posologie optimale de ces médicaments. Plusieurs raisons peuvent rendre compte de ce décalage.

La psychiatrie de l'enfant a longtemps dépendu des concepts de la psychiatrie générale, utilisant fréquemment des traitements médicamenteux adaptés à partir des indications chez l'adulte. Les défis comprenaient l'absence d'outils d'évaluation standardisés pour les enfants, le désintérêt des laboratoires pharmaceutiques pour des marchés considérés comme non

rentables, et la préférence prolongée pour les traitements psychologiques en raison de l'influence des théories psychogénétiques.

Dans le contexte de la psychiatrie de l'enfant, les approches traditionnelles ont été élargies par l'adoption croissante de thérapies basées sur les théories de l'apprentissage. Initialement, l'utilisation des psychothérapies chez les enfants, tout comme les traitements médicamenteux, reposait sur des bases empiriques et idéologiques. Les premières revues de la littérature, dans les années 1950-60, pointaient vers une efficacité thérapeutique limitée, mais étaient limitées par des faiblesses méthodologiques. L'avènement des thérapies cognitivo--comportementales dans les années 1960-70 a introduit une approche plus scientifique, stimulant davantage d'études contrôlées dans le domaine de la psychothérapie de l'enfant.

Les premières études épidémiologiques menées dans les années 1960 sur l'Île de Wight en Angleterre ont jeté les bases de la compréhension de la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Selon une expertise de l'Inserm en 2002, la prévalence moyenne est estimée à 12,5% pour cette population. Ces enquêtes ont mis en évidence la fréquence élevée des troubles mentaux, mais ont également révélé un décalage important entre le début des troubles et la recherche de soins. Malgré les progrès thérapeutiques, le constat persiste que les troubles mentaux chez les jeunes restent difficiles à traiter, soulignant la nécessité continue d'investigations et d'améliorations dans ce domaine.

Les études longitudinales confirment que les troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence ont souvent une évolution chronique ou récidivante, persistant à l'âge adulte malgré un traitement approprié. Ces troubles ont des conséquences graves à la fois sur le plan individuel et familial, avec des coûts multiples sur le plan social, émotionnel et scolaire. Les recherches médico-économiques révèlent l'ampleur de ces coûts. L'accumulation de données souligne la nécessité d'interventions préventives. La progression dans l'identification des facteurs de risque impliqués dans ces troubles ouvre la voie à la prévention en repérant précocement ces risques au niveau individuel, familial et environnemental. Depuis 1975, la prévention, démontrée comme possible et efficace, suscite un intérêt croissant, devenant une priorité en santé mentale pour l'enfance et l'adolescence au XXI^e siècle, notamment dans les pays anglo-saxons.ⁱⁱⁱ

3. Les troubles pédopsychiatriques :

La définition des troubles pédopsychiatriques pose des défis importants, car de nombreux enfants, bien que ne répondant pas strictement aux critères établis, peuvent tout de même être

perturbes ou présenter des symptômes en faveur d'une détresse émotionnelle prononcée ou des dysfonctionnements significatifs.

Chaque fois que l'on emploie le terme "trouble", on sous-entend la notion d'ordre, associée à la notion de normalité. Certains définissent la normalité de manière statistique, situant l'individu dans les deux écarts types de la moyenne pour un facteur donné. Cependant, des individus en dehors de ces limites peuvent être bénéfiques, tels que les génies, les grands athlètes ou les leaders éminents. Pour d'autres, la normalité est liée à l'absence de maladie, soulevant ainsi la question de la définition même de ce qu'est une maladie.

L'usage de toute définition de la normalité se révèle complexe, car cela implique souvent d'autres concepts tels que la santé, le dysfonctionnement ou l'anomalie, tous étant tout aussi problématiques. Même l'Organisation mondiale de la santé a rencontré des difficultés récurrentes pour définir le concept de maladie. En psychiatrie, le terme "trouble" a été adopté dans les classifications pour contourner le défi lié à l'absence de perturbation anatomique et physiologique.

Malgré les défis liés à la définition précise d'un trouble, certaines caractéristiques récurrentes sont identifiées dans les principales classifications, largement reconnues par les cliniciens comme essentielles au concept de trouble. Ces éléments incluent un aspect subjectif, à savoir la détresse ou la souffrance, et un aspect objectif ou observé, le dysfonctionnement. La persistance, la prédominance et la gravité sont des qualités déterminantes de ces éléments. Ainsi, un trouble psychiatrique est caractérisé par une détresse et un dysfonctionnement persistant, prédominants et sévères. La nature spécifique de la souffrance et du dysfonctionnement, en plus de la durée, de la prédominance et de la gravité, permettra d'identifier la sous-catégorie du trouble. Pour évaluer si la souffrance et le dysfonctionnement constituent un trouble psychiatrique, la durée est un critère clé. Une période de trois jours ou moins peut être tolérée, mais au-delà de trois semaines, cela peut alerter sur la possibilité émergente d'un trouble.

La persistance de difficultés sur une période de trois mois suggère la présence d'un problème, tandis qu'une histoire de trois ans indique un dysfonctionnement à long terme ou une chronicité. Un exemple concret est la réaction au deuil, où la plupart des personnes retrouvent leur fonctionnement normal après trois mois, même si les souvenirs persistent. Si l'intensité du deuil persiste pendant trois ans, cela peut indiquer un processus de deuil anormal, souvent

étiqueté comme "deuil non résolu". Des schémas de réaction similaires existent pour d'autres événements de vie, avec des variations individuelles.

Les enfants sont fortement influencés par le contexte qui les entoure, rendant la caractérisation des troubles pédopsychiatriques complexe. Le trouble ne se limite pas à la catégorisation de l'individu, mais exprime plutôt comment il interagit avec son environnement.

Par exemple, le terme "maltraitance infantile" est parfois utilisé comme s'il s'agissait d'un diagnostic, mais il décrit en réalité la manière dont un enfant est traité, sans indiquer sa réaction ou l'impact sur lui. Il est plus judicieux de considérer la maltraitance infantile comme une situation plutôt qu'un trouble du point de vue de l'enfant. À l'inverse, certains enfants peuvent présenter un dysfonctionnement sans ressentir de souffrance, comme ceux avec des lésions cérébrales ou certains types de troubles du développement. De plus, des enfants en grande détresse peuvent continuer à fonctionner de manière satisfaisante pour leur entourage.^{iv}

4. Le développement psychique de l'enfant :

4.1 Le développement cognitif :

En 1929, le psychologue suisse Jean Piaget a établi une théorie complète sur le développement cognitif, en se basant sur des expériences menées sur ses propres enfants au fil des années. Malgré l'impact significatif de Piaget sur les concepts éducatifs, surtout dans le contexte des écoles primaires, des études empiriques ultérieures ont remis en question la base théorique et la validité de ses conclusions. Néanmoins, ses perspectives demeurent parmi les comptes rendus les plus utiles du développement cognitif.

La théorie piagétienne s'inscrit dans un cadre biologique, considérant le développement cognitif comme le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement. Quatre facteurs influent sur ce développement : la maturation neurologique accrue, l'opportunité de mettre en pratique de nouvelles compétences, l'interaction sociale et éducative, ainsi que l'émergence de mécanismes psychologiques permettant à l'enfant de construire progressivement un modèle cognitif complexe basé sur la maturation et l'expérience.

Piaget distingue deux types de structures intellectuelles : les schémas et les opérations. Les schémas, présents dès la naissance, sont des représentations internes d'actions spécifiques,

tandis que les opérations, développées pendant l'enfance, sont des règles internes réversibles de niveau supérieur. L'adaptation cognitive de l'enfant aux exigences de l'environnement se fait par assimilation, intégrant de nouveaux éléments aux structures existantes, et par accommodation, ajustant les structures existantes en réponse à de nouvelles expériences.

Piaget décrit quatre phases principales du développement cognitif : sensorimotrice, préopératoire, opératoire concrète et opératoire formelle, avec des schémas prédominants dans les deux premières et des opérations dans les deux suivantes. La durée de chaque phase peut varier en fonction de facteurs individuels et socio-culturels.

- a) **Le stade sensorimoteur (naissance - 2 ans)** Au départ, le comportement du nourrisson est largement dirigé par des réflexes innés tels que l'alimentation, la succion et le suivi, caractérisant ainsi cette phase comme la période réflexe. Progressivement, le nourrisson établit une distinction entre lui-même et le monde extérieur, discernant la limite entre son propre corps et l'environnement externe. De plus, il développe la conscience que ses actions peuvent exercer une influence sur l'environnement, inaugurant ainsi des comportements intentionnels et délibérés. Enfin, le stade de la permanence de l'objet est atteint, indiquant que le nourrisson reconnaît la continuité d'un objet même lorsqu'il n'est plus directement observable.
- b) **La période préopératoire (2-7 ans)** L'acquisition du langage joue un rôle essentiel dans le développement cognitif en permettant à l'individu de représenter des objets à travers des symboles et des mots. Cependant, à cette étape, la pensée reste égocentrique et animiste.

L'égocentrisme se manifeste par la propension de l'enfant à interpréter le monde uniquement depuis sa propre perspective, sans la capacité de considérer une situation d'un autre point de vue. La pensée animiste se caractérise par la tendance de l'enfant à attribuer des sentiments, des pensées et des désirs à tout ce qui l'entoure. Par exemple, il pourrait croire que la lune veille sur lui pendant son sommeil ou qualifier une porte de "méchante" lorsqu'il la heurte.

Les principes de conservation, qu'il s'agisse du nombre, du volume ou de la masse, posent des défis à l'enfant à ce stade. Le concept central sous-jacent à la conservation stipule que ces propriétés d'un objet ne changent pas en raison de modifications visuelles de son apparence.

Par ailleurs, l'enfant a tendance à attribuer une cause spécifique à chaque événement, rejetant l'idée de hasard ou de coïncidence. Son sens moral se révèle inflexible, considérant la punition comme inévitable, quelles que soient les circonstances. De plus, sa perception de la maladie

diffère radicalement de celle de l'adulte, la concevant comme une conséquence de méfaits, une punition pour une faute.

d) l'opérationnel concrète (7-12 ans)

La pensée évolue vers plus de logique et s'affranchit progressivement de l'influence immédiate des perceptions ou des changements d'apparence. La capacité de conservation, concernant le nombre, le volume et la masse, se développe graduellement au cours de cette phase. L'enfant devient moins égocentrique, démontrant une capacité accrue à envisager les événements du point de vue d'autrui.

- e) L'opérationnel formel (12 ans et plus)** Ce stade représente le sommet de la complexité de la pensée. Il se caractérise par la capacité à penser de manière abstraite, à formuler des règles et des principes généraux, ainsi qu'à élaborer et tester des hypothèses, similaire à l'approche utilisée en mathématiques ou dans une enquête scientifique. Il est important de noter que tout le monde n'atteint pas ce stade de pensée, même à l'âge adulte. Le contenu de la pensée change également considérablement, mettant l'accent sur les questions hypothétiques, futures et idéologiques.

Bien que le modèle de Piaget ait été critiqué, en particulier en raison du manque de preuves pour les structures internes nécessaires aux stades opérationnels concrets et formels, ainsi que pour l'incapacité présumée des enfants à réaliser certaines tâches de conservation, cela n'enlève rien à la contribution majeure de Piaget à la compréhension du développement cognitif chez les enfants.

Les psychologues et psychiatres se sont intéressés au développement et à l'application de la théorie cognitive pour comprendre et traiter les troubles psychiatriques. Les principes sous-tendant cette théorie incluent l'influence des croyances d'un individu sur lui-même, l'avenir et le monde sur son humeur et son comportement, semblable au concept piagétien de schémas.

Lorsqu'une personne est déprimée, elle peut commettre des erreurs cognitives telles que la personnalisation et la pensée dichotomique.

Dans l'enfance, une extension importante de ces idées est le concept de soi. Vers l'âge de 6 ou 7 ans, la plupart des enfants développent des idées claires sur eux-mêmes et leurs qualités, formant ainsi un concept de soi similaire à un schéma dans la théorie de Piaget. Un aspect crucial du concept de soi est l'estime de soi, qui influe sur divers aspects de la vie des enfants.

4.2 Le développement émotionnel :

Sigmund Freud a élaboré la théorie la plus détaillée sur le développement émotionnel, tandis qu'Erikson, également psychanalyste, a appliqué des concepts psychanalytiques dans un cadre social et culturel. La théorie freudienne met l'accent sur les aspects biologiques et maturatifs du développement, suivant une séquence invariable pour chaque individu. Comme la théorie de Piaget, elle suit une approche par stades, avec une progression séquentielle à travers chacun d'eux. Cependant, une critique majeure de cette théorie réside dans le fait que ses concepts ne se prêtent pas facilement à une enquête scientifique, rendant difficile la validation ou la réfutation de sa validité.

Freud a avancé l'idée que chaque individu traverse cinq étapes avant l'âge adulte, à savoir oral, anal, phallique, latence et génital. Chaque terme correspond à une tâche de développement majeure ou à un conflit potentiel que l'individu doit accomplir ou résoudre pendant cette période.

Pour Erikson, la tâche primordiale consiste à atteindre un sens cohérent de l'identité, caractérisé par une évaluation équilibrée et mûre de ses propres capacités et limites, accompagnée de la reconnaissance de l'importance de l'expérience antérieure et d'attentes réalistes pour l'avenir. Ces tâches persistent tout au long de la vie de l'individu, qui traverse une série de stades de développement, chacun polarisé entre un succès adaptatif et un échec mal adaptatif.

La première étape d'Erikson implique deux pôles, la confiance et la méfiance, qui sont façonnés par la perception de l'enfant sur la sûreté et la prévisibilité du monde, ainsi que par sa capacité à influencer les événements en vue d'un résultat favorable. Le rôle de la personne qui s'occupe de l'enfant, généralement la mère, est considéré comme crucial. Bien qu'Erikson offre un récit convaincant et cohérent du développement, son modèle souffre du manque de preuves empiriques pour étayer ses conclu

4.3 Le développement des relations sociales :

Les êtres humains se distinguent par leur propension naturelle à établir et à maintenir des liens sociaux, un aspect abordé de manière plus approfondie par la théorie de l'attachement de Bowlby (1969) et Ainsworth (1982). Cette théorie explique que les relations sociales découlent des besoins biologiques et psychologiques mutuels entre la mère et le nourrisson.

L'interaction entre eux favorise le développement des relations sociales, chacun participant à travers des comportements spécifiques tels que le nourrisson qui pleure, sourit et vocalise, et la mère qui utilise des expressions faciales, la vocalisation et le contact visuel.

Le terme "attachement" désigne la propension du nourrisson à rechercher la proximité de certaines personnes pour se sentir en sécurité en leur présence. Selon Bowlby, cette tendance possède une base biologique, étant observée chez d'autres primates et dans la plupart des sociétés humaines, et revêt une importance vitale pour la survie et l'adaptation de l'espèce. Elle permet au nourrisson dépendant d'explorer son environnement à partir d'une base sécurisée et de la considérer comme un refuge en cas de détresse. À partir de 6 mois, les nourrissons développent un attachement sélectif envers des personnes spécifiques, généralement la mère au départ. Cette première relation est considérée comme le prototype des relations futures et peut influencer le bien-être à long terme. Les cliniciens distinguent entre l'attachement sécurisé, caractérisant des relations saines, et l'attachement anxieux, associé à des relations potentiellement insatisfaisantes.

4.3 Les autres aspects du développement :

4.3.1 Le concept de genre et du rôle de la sexualité :

Le développement de l'identité de genre chez les enfants, une composante du concept de soi, s'articule autour de la compréhension complexe des rôles sexuels, exprimés par les termes "garçonnet" ou "fillette". En général, les enfants commencent à acquérir une identité de genre, s'identifiant correctement eux-mêmes et les autres, vers l'âge de 2 ou 3 ans. La stabilité de genre, qui caractérise la permanence de cette identité, se manifeste généralement vers l'âge de 4 ans, suivie de la constance de genre vers l'âge de 6 ans, indiquant une identité de genre inaltérable malgré les changements d'apparence.

Dès leurs premières années, les enfants démontrent des stéréotypes de rôles sexuels, présentant une rigidité excessive dans leur compréhension vers l'âge de 6 ou 7 ans. Selon la théorie freudienne, cela s'explique par le processus d'identification, où l'enfant imite le parent du même sexe pour adopter des comportements appropriés à son genre. D'autres explications soulignent l'influence du renforcement social et de la cognition, décrivant comment les enfants développent des schémas des rôles et comportements associés aux garçons et aux filles

4.3.2 Le développement moral :

L'acquisition des valeurs morales ou éthiques est un élément crucial du processus de socialisation des enfants, tel que décrit par Freud et Piaget. Selon la théorie freudienne, le surmoi ou la conscience se développe pendant la phase phallique vers l'âge de 4-5 ans. À ce stade, l'enfant s'identifie fortement avec le parent du même sexe pour résoudre le conflit œdipien, intégrant ainsi les valeurs et les interdictions parentales.

En revanche, la perspective de Piaget propose une séquence graduelle et étagée pour l'acquisition des valeurs morales. Vers l'âge de 3 ans, le jugement de l'enfant est basé sur le résultat plutôt que sur l'intention d'un acte, avec une emphase sur la punition consécutive à un méfait. Par la suite, l'enfant adopte une morale plus conventionnelle, alignée sur les valeurs familiales.

À l'adolescence, un système de valeurs personnel se forme, combinant les valeurs idiosyncratiques de l'individu avec celles de sa famille et de la société, dans le but d'atteindre le "plus grand bien pour le plus grand nombre".

4.3.3 le développement de la personnalité :

La période de l'enfance joue un rôle essentiel dans la formation de la personnalité. L'adage de Wordsworth, affirmant que "l'enfant est père de l'homme", reflète une vérité profonde. La personnalité englobe un ensemble d'attributs durables et uniques, incluant des aspects cognitifs, émotionnels, motivationnels et tempéramentaux, qui distinguent chaque individu. Ces éléments interagissent tout au long de l'enfance pour façonner la personnalité de l'enfant, un processus qui se déroule dans le contexte des expériences de vie au sein de la famille, et qui se poursuit ensuite dans le monde extérieur. La formation d'une personnalité équilibrée est un prérequis crucial pour un ajustement satisfaisant non seulement pendant l'enfance, mais aussi tout au long de la vie adulte.

La personnalité subit l'influence de deux principaux facteurs, à savoir les éléments constitutionnels et environnementaux. La présence d'un troisième facteur, tel que la maladie ou le handicap, peut avoir un impact significatif sur l'enfant. Les facteurs constitutionnels incluent l'intelligence et le tempérament. L'intelligence reflète la capacité de l'individu à penser de manière rationnelle à propos de lui-même et de son environnement, tandis que le tempérament se rapporte au style ou à l'approche caractéristique de l'individu face à de nouvelles personnes ou situations, à son niveau d'activité et à son humeur dominante. Ces traits de tempérament influencent la manière dont l'enfant réagit à son environnement et contribuent à définir la diversité de ses expériences.

Les influences environnementales majeures comprennent la famille, l'éducation et la communauté. La famille, en particulier, exerce une influence puissante tant pour favoriser un développement sain que pour causer des perturbations significatives dans la vie de l'enfant. Les familles remplissent diverses fonctions cruciales pour les enfants, telles que répondre à leurs besoins physiques de base tels que la nourriture et le logement, fournir amour et sécurité, faciliter le développement de relations sociales avec les adultes et les pairs, encourager le développement de compétences cognitives et linguistiques, offrir des modèles de rôles appropriés et favoriser la socialisation, ainsi que faciliter l'acquisition de valeurs éthiques et morales.

L'éducation revêt trois rôles essentiels pour les enfants : elle favorise l'acquisition de compétences scolaires, encourage les relations entre pairs, et facilite l'acceptation de l'autorité adulte en dehors de la famille.

La communauté, par le biais de la qualité du logement et de la disponibilité des ressources, exerce également une influence significative sur le développement de l'enfant. Enfin, la présence d'un handicap physique ou d'une maladie a un impact majeur sur le développement de la personnalité. Cela découle non seulement des limitations directes qu'ils peuvent imposer aux capacités ou aux activités de l'enfant, mais surtout des effets indirects sur son estime de soi, résultant de la surprotection des parents et des difficultés dans les relations sociales avec les frères et sœurs ainsi que les pairs.^v

5. Le lien de causalité dans les troubles pédopsychiatriques :

L'explication de la causalité d'un trouble psychiatrique est plus efficace en se basant sur deux modèles complémentaires : (a) le modèle biopsychosocial, et (b) les "3P", représentant les facteurs prédisposant, précipitants et perpétuant.

a. Le modèle biopsychosocial

Ce modèle met l'accent sur les influences des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la compréhension des troubles psychiatriques, avec une importance relative variant selon le trouble. Par exemple, dans le trouble du déficit de l'attention, les facteurs biologiques, tels que le déséquilibre des neurotransmetteurs, peuvent jouer un rôle prépondérant, mais des aspects psychologiques, comme le tempérament de l'enfant, et des facteurs sociaux, tels que les styles parentaux, sont également des contributeurs significatifs. Dans le cas du refus scolaire, des éléments psychologiques tels qu'une faible estime de soi et des aspects sociaux, tels que le

harcèlement par les pairs, peuvent être prédominants, bien que des facteurs biologiques tels qu'une prédisposition génétique à l'anxiété puisse être des préalables nécessaires.

b. Les "3P"

i. Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants, nécessaires au déclenchement d'un trouble spécifique, peuvent être de nature biologique ou environnementale. Sur le plan biologique, de nombreux troubles psychiatriques sont liés à des contributions génétiques ou biologiques, bien que la complexité génétique suggère une interaction avec l'environnement. Les facteurs génétiques ne sont plus vus comme déterministes, et leur modification pourrait devenir plus réalisable que celle des influences environnementales. Sur le plan médical, des maladies chroniques, en particulier celles affectant le système nerveux central, sont associées à une morbidité psychiatrique accrue, et la nature, l'étendue et l'activité des lésions influentes sur cette morbidité. Les troubles du développement, tels que les troubles du langage ou de l'apprentissage, ainsi que la déficience intellectuelle, sont également des prédispositions. Sur le plan environnemental, la société et l'environnement dans lequel nous évoluons peuvent également prédisposer à certains troubles, par exemple, l'anorexie mentale peut survenir dans des sociétés valorisant la minceur. De même, un environnement familial chaotique peut prédisposer à des troubles perturbateurs chez les enfants.

ii. Les facteurs déclenchants :

Les facteurs précipitants, responsables du déclenchement des troubles, incluent les styles parentaux, d'autres éléments environnementaux, et des cognitions spécifiques. Dans les styles parentaux, la surprotection, l'insatisfaction et les critiques, ainsi que les problèmes de personnalité ou troubles psychiatriques des parents, et la discorde conjugale sont des facteurs déterminants. La surprotection extrême peut être aussi nuisible que la maltraitance, et la satisfaction parentale, combinée aux critiques fréquentes, accroît le risque pour l'enfant.

Les parents avec des difficultés de personnalité à long terme peuvent influencer négativement leurs enfants, notamment en les faisant croire qu'ils sont responsables des problèmes familiaux.

La discorde conjugale ouverte et conflictuelle est associée à une augmentation des troubles psychiatriques chez les enfants. D'autres facteurs environnementaux, tels que les difficultés avec le groupe de pairs, les problèmes scolaires, et les événements de vie défavorables, agissent comme des déclencheurs en présence de facteurs prédisposants. Enfin, des schémas

de pensée spécifiques, tels que la croyance en la permanence, l'omniprésence, et la personnalisation de l'adversité, peuvent déclencher des troubles de l'humeur et des problèmes d'impulsivité.

iii. Facteurs de pérennisation :

Les facteurs de pérennisation sont ceux qui maintiennent un trouble une fois qu'il s'est déclaré. Par exemple, un enfant souffrant de tics peut être victime de taquineries à l'école, ce qui aggrave les tics et crée ainsi un cercle vicieux. Ces facteurs, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux, contribuent au maintien du trouble. Dans le cas des tics, la prédisposition biologique peut être déclenchée par le harcèlement à l'école (aspect social) et alimentée par une faible estime de soi et des compétences sociales insuffisantes (aspect psychologique).

En résumé, les modèles biopsychosociaux et "3P" fournissent une perspective holistique sur le développement et le maintien des troubles psychiatriques chez les enfants. Les facteurs prédisposants, déclenchants et de perpétuation, qu'ils soient d'origine biologique, sociale ou psychologique, contribuent de manière complexe. Par exemple, dans le cas de l'anorexie mentale chez les adolescentes, des influences génétiques et psychologiques interagissent avec des pressions sociales, et les changements biologiques liés à la puberté peuvent agir comme des déclencheurs. La maladie persiste grâce à des influences biologiques, des satisfactions psychologiques et des facteurs sociaux.^{vi}

Chapitre 2 : Les Troubles pédopsychiatriques de l'enfant :

1. Les troubles chez les enfants d'âge préscolaire :

Les troubles psychiatriques chez les enfants sont généralement des écarts ou des retards par rapport à la norme plutôt que de véritables maladies psychiatriques. De plus, le comportement et le développement de l'enfant sont fortement influencés par leur environnement immédiat, ce qui signifie que souvent, ce sont les conditions environnementales plutôt que l'enfant lui-même qui sont à l'origine des problèmes

1.1 Les étiologies

Les problèmes individuels sont influencés par quatre types de facteurs à des degrés variables : les caractéristiques de tempérament, les problèmes de santé physique ou de handicap, la psychopathologie familiale et les inégalités ou les désavantages sociales.

L'étude longitudinale de New York (Thomas et al. 1968) a mis en lumière que des caractéristiques tempéramentales spécifiques, telles que les profils d'"enfant difficile" et d'"enfant lent à s'ouvrir", augmentent le risque de problèmes chez les enfants. De plus, la présence de maladies physiques ou de handicaps peut influencer négativement le développement de l'enfant en diminuant son activité et en accroissant l'anxiété des parents, accroissant ainsi la probabilité de troubles du comportement. Les difficultés psychiatriques des parents, les conflits conjugaux et des compétences parentales insuffisantes sont autant de situations où les problèmes des parents peuvent également affecter négativement le comportement de l'enfant. En outre, les inégalités sociales, telles qu'un logement insuffisant ou des installations récréatives inadéquates, augmentent le risque de troubles chez les enfants d'âge préscolaire (Richman et al., 1982).

1.2 les troubles fréquents :

➤ Les crises de colère :

Les crises chez les enfants, généralement déclenchées par la contrariété, la colère ou des blessures, peuvent se manifester par des comportements tels que des cris, des pleurs, et des gestes agressifs. Ces épisodes peuvent être isolés ou liés à des problèmes plus vastes. Bien que l'enfant puisse exprimer de l'agressivité envers son entourage, il a rarement tendance à se faire du mal. La plupart du temps, ces crises de colère se résolvent d'elles-mêmes, nécessitant rarement une intervention spécifique. Toutefois, si nécessaire, retenir l'enfant par derrière en lui pliant les bras peut être utile, accompagné de la minimisation de l'attention et des réponses ou félicitations ne devant intervenir qu'une fois le comportement normalisé.

➤ Les troubles du comportement alimentaires

Les troubles infantiles présentent une gamme de sévérités, allant des problèmes mineurs tels que les enfants difficiles à des troubles plus graves tels que la défaillance non organique de la croissance. Les troubles mineurs peuvent souvent être gérés par une écoute attentive des préoccupations parentales et des conseils adaptés. En revanche, la défaillance non organique de la croissance sévère, avec une prévalence de 2 %, nécessite une évaluation approfondie et des ressources importantes pour trouver des solutions. Les facteurs sous-jacents incluent souvent des relations mère-enfant défavorables, une privation émotionnelle et sociale plus

étendue, ainsi que des caractéristiques propres à l'enfant, telles que des traits de tempérament et une aversion à l'alimentation. La pica, caractérisée par l'ingestion de substances non comestibles chez les jeunes enfants, est généralement un phénomène normal et temporaire. Toutefois, une ingestion persistante est observée chez les enfants présentant des déficiences intellectuelles, des troubles psychotiques ou provenant de milieux socialement défavorisés. Bien que l'empoisonnement au plomb soit mentionné comme un risque potentiel lié au pica, il demeure rare.

➤ **Les troubles du sommeil :**

Les problèmes de sommeil chez les enfants, touchant jusqu'à 20 % des enfants de 2 ans, se manifestent souvent par des réveils fréquents, notamment la réticence à s'endormir le soir et les réveils persistants en pleine nuit. Les facteurs contributifs incluent des caractéristiques tempéramentales défavorables, des problèmes périnataux et l'anxiété maternelle. Il est crucial de différencier les facteurs déclencheurs de ceux qui maintiennent le problème. Bien que des médicaments comme la prométhazine soient parfois prescrits, les effets secondaires l'emportent souvent sur les avantages, avec une utilisation principalement axée sur un court répit pour les parents. La gestion la plus efficace repose sur des stratégies comportementales, tandis que la mélatonine a montré des résultats prometteurs dans le traitement des troubles du sommeil chez les enfants, en particulier ceux présentant des troubles visuels et neurologiques.

1.2 Aspects psychiatriques de la maltraitance infantile :

À l'origine, l'attention était centrée sur le "syndrome de l'enfant battu", mais elle s'est désormais élargie pour englober la maltraitance physique, la maltraitance sexuelle, la maltraitance émotionnelle et la négligence. Il est essentiel de noter que les divers aspects de la maltraitance infantile sont souvent présents chez un même enfant et au sein d'une même famille. Par conséquent, de nombreuses recommandations concernant la détection, la prise en charge et le traitement s'appliquent de manière universelle à tous les aspects de la maltraitance infantile.

➤ **La maltraitance physique**

La reconnaissance et la suspicion diagnostique jouent un rôle crucial dans la détection de la maltraitance physique. La liste ci-dessous synthétise les traits fréquents observés chez les enfants maltraités et au sein de leurs familles. Il est essentiel de souligner que la maltraitance infantile peut se produire dans n'importe quelle famille, indépendamment de sa classe sociale, de son groupe ethnique ou de son affiliation religieuse, ce qui constitue le facteur le plus important à reconnaître.

Caractéristiques courantes des enfants maltraités et de leurs familles :

➤ Caractéristiques à risque de l'enfant maltraité :

- Produit d'une grossesse non désirée
- Enfant non désiré dans la famille
- Faible poids de naissance
- Séparation de la mère en période néonatale
- Handicap mental ou physique
- Agitation habituelle, insomnie ou pleurs incessants
- Apparence physique peu attrayante.

➤ Caractéristiques à risque des parents :

- Parent célibataire et jeune
- Abusés eux-mêmes dans leur enfance
- Faible estime de soi
- Attentes irréalistes de l'enfant et de son développement
- éducation trop stricte ou axée sur la punition.

➤ Caractéristiques à risque des circonstances sociales :

- Faible revenu ou chômage
- Isolement social

- Situation de stress comme une crise du logement, des problèmes domestiques, de l'épuisement ou des problèmes de santé
- une famille nombreuse.

➤ **Les abus sexuels :**

Cela est devenu une préoccupation majeure du public et de la pédiatrie au cours de la dernière décennie. Plusieurs facteurs ont contribué à cette préoccupation accrue : il s'agit d'un événement courant, touchant 12 à 17 % des femmes et 5 à 8 % des hommes, selon plusieurs enquêtes épidémiologiques (Stevenson 1999) ; c'est traumatisant pour l'enfant, provoquant une grande détresse au moment de sa survenue, mais agit également comme un facteur prédisposant aux troubles psychiatriques plus tard dans la vie. En effet, l'histoire d'abus sexuel dans l'enfance est une constatation très courante chez les femmes référées aux services psychiatriques pour adultes.

Des processus psychologiques complexes contribuent au développement de la psychopathologie, car les attitudes envers la sexualité sont façonnées de manière dysfonctionnelle par l'abus. De plus, l'individu a un sentiment de trahison, d'impuissance et de stigmatisation conduisant à la honte, à la culpabilité et à une faible estime de soi. Une conséquence de ce processus est que l'abus sexuel peut se présenter de diverses manières, du physique, par exemple, des écoulements vaginaux, au psychologique, tel que l'anxiété, l'agressivité ou l'encoprésie. Il est donc crucial de prendre conscience que des symptômes inexplicables ou atypiques peuvent être la plainte initiale pour un enfant ayant un antécédent actuel ou passé d'abus sexuel.

L'équipe de pédopsychiatrie a un rôle plus clairement défini dans la prise en charge de l'abus sexuel, car les compétences en matière d'entrevues, l'expertise en psychothérapie et l'utilisation d'équipements spécialisés (poupées anatomiquement précises) sont souvent nécessaires à la détection et également au stade du traitement de la prise en charge. Des comptes rendus détaillés de ce travail, y compris l'utilisation de poupées anatomiques, sont bien décrits dans plusieurs livres (l'équipe d'abus sexuels infantiles de l'hôpital Great Ormond Street (Bentovim et al. 1988)) et le Manuel de l'APSAC (Briere et al. 1996).

➤ **La maltraitance émotionnelle**

Ce terme a été introduit pour décrire la grave altération du développement social et émotionnel résultant de critiques répétées et persistantes, d'un manque d'affection, de rejet,

d'abus verbaux et d'autres comportements similaires par les parents envers l'enfant. Les enfants affectés présentent divers symptômes : faible estime de soi, capacité limitée à ressentir du plaisir, agressivité sévère et comportement impulsif.

1.3 Les Troubles envahissants du développement :

Historiquement, ces troubles étaient classés dans la catégorie des psychoses infantiles, car ils sont graves et invalidants, avec des anomalies évidentes. Cependant, les enfants autistes ne présentent pas typiquement d'hallucinations ou de délires - des caractéristiques clés d'un trouble psychotique - et ont en outre présenté des anomalies dès leur petite enfance. Pour ces raisons, la CIM-10 et le DSM-IV ont séparé l'autisme infantile et les affections connexes des autres troubles psychotiques de l'enfance dans une nouvelle catégorie diagnostique appelée troubles envahissants du développement. En pratique clinique, la plupart des gens reconnaissent un spectre de handicaps au sein de la catégorie des troubles envahissants du développement, appelé le spectre de l'autisme, qui comprend l'autisme infantile et le syndrome d'Asperger. La CIM-10 permet également un diagnostic d'autisme atypique pour décrire les individus ayant certaines caractéristiques autistiques qui ne répondent pas pleinement aux critères de l'autisme infantile ou du syndrome d'Asperger. Dans le DSM-IV, de tels individus sont inclus dans le diagnostic de troubles envahissants du développement non spécifiques (TED-NS). Le statut réel de l'autisme atypique et du TED-NS par rapport au spectre de l'autisme n'est pas clair. Le syndrome de Rett et le trouble désintégratif sont également inclus dans cette catégorie.

➤ L'autisme infantile

La description originale de Kanner (1943) de 11 enfants présentant une "solitude autistique extrême" n'a pas été améliorée, avec son observation perspicace de l'"incapacité à établir des relations de manière ordinaire avec les gens et les situations" et d'un "désir obsessionnel anxieux de maintenir l'uniformité". Par la suite, les opinions ont fluctué concernant le diagnostic, l'étiologie et le traitement. La plupart des autorités s'accordent maintenant pour dire que trois caractéristiques sont essentielles au diagnostic : des déficits généraux et profonds dans les interactions sociales ; des troubles majeurs de la communication ; et des comportements rituels et compulsifs. De plus, ces anomalies devraient être manifestes avant l'âge de 36 mois.

Caractéristiques cliniques

- **Relations sociales altérées** Les souvenirs parentaux de l'enfance révèlent souvent que, en tant que nourrisson, l'enfant était lent à sourire, apathique, avec une aversion pour le contact physique et l'affection.

Les déficits sociaux contemporains incluent l'incapacité à utiliser le regard yeux-dans-les-yeux et l'expression faciale pour l'interaction sociale, une recherche rare des autres pour le réconfort ou l'affection, une initiation rare de l'interaction avec les autres, un manque d'empathie (la capacité de comprendre comment les autres se sentent et pensent) et de jeu coopératif. L'enfant est distant et indifférent aux gens.

- **Les anomalies du langage** L'acquisition du langage est retardée et déviante, et de nombreux enfants autistes (environ 50 %) ne développent jamais le langage. Lorsqu'il est présent, les anomalies du langage sont nombreuses et variées, notamment l'écholalie immédiate et différée (répétition de mots ou de phrases), une faible compréhension et utilisation des gestes, une inversion pronominale (l'utilisation de la deuxième ou de la troisième personne quand "je" est entendu, ou vice versa) et des anomalies de l'intonation, du rythme et de la hauteur.
- **Les rituels et attitude compulsive** Les anomalies courantes sont des schémas de jeu rigides et restreints, des attachements intenses à des objets inhabituels tels que des pierres, des préoccupations et des intérêts inhabituels (horaires, itinéraires de bus) au détriment d'autres activités, et une résistance marquée à tout changement dans l'environnement ou la routine quotidienne. Des crises de colère et des explosions surviennent souvent lorsqu'un changement est tenté.
- **Autres caractéristiques** Les enfants autistes présentent souvent diverses stéréotypies, y compris le balancement, le tourbillonnement des doigts, la rotation et la marche sur la pointe des pieds. Ils sont souvent hyperactifs, avec une courte durée d'attention. Entre 60 et 80 % des enfants autistes ont un QI de < 70, seuls 5 % ayant un QI > 100. Occasionnellement, certains ont des capacités remarquables dans des domaines isolés, comme le calcul, la musique ou la mémorisation par rote. Environ 20 % développeront l'épilepsie à l'adolescence, bien que cela ne soit généralement pas sévère.

L'association à d'autres affections Le comportement autistique se manifeste chez certains patients atteints d'un groupe varié d'affections, notamment le syndrome de l'X fragile, la rubéole, la phénylcétonurie, la sclérose tubéreuse, les neuro-lipidoses et les spasmes infantiles

Plus récemment, le syndrome de Rett, avec ses caractéristiques autistiques marquées, a été décrit (Hagberg 1993).

Les Étiologies et physiopathologie : La plupart des spécialistes privilégient une base organique, car les anomalies neurologiques sont courantes et en raison de l'association avec l'épilepsie et divers syndromes neurologiques, le taux accru de complications périnatales, et un taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozygotes par rapport aux jumeaux dizygotes (Lord & Rutter 1994, Rutter & Schopler 1988). Les facteurs génétiques sont certainement importants, et un certain nombre de gènes possibles ont été suggérés comme étant liés à l'autisme ; cependant, les études de répllication sont rares. L'intérêt actuel est centré sur les variations du nombre de copies - des séquences d'ADN répétées de longueur variable entre les individus - bien qu'il reste à voir si l'optimisme récent dans ce domaine est justifié.

Les théories neuropsychologiques de l'autisme tombent dans trois catégories : la dysfonction exécutive, la diminution de la cohérence centrale et l'altération de la théorie de l'esprit. Les théories de la dysfonction exécutive sont principalement liées aux déficits de la flexibilité cognitive ; la diminution de la cohérence centrale est liée à la psychologie de la Gestalt et fait référence à la tendance des individus atteints de TSA à voir les objets/scènes/situations en composants plutôt qu'intégrés ensemble ; et la théorie de l'esprit altérée fait référence à un manque de conscience des états mentaux des autres ou à une réduction de l'empathie. Aucune de ces théories n'explique entièrement le phénotype autistique, et il est de plus en plus accepté qu'une explication unique de l'autisme est peu probable (Happé et al 2006). Les études d'imagerie par résonance magnétique structurale et fonctionnelle (IRM) ont révélé un certain nombre de différences entre les individus atteints de TSA et les individus en développement typique. Le volume cérébral moyen semble augmenté dans le TSA (en accord avec l'observation précoce de Kanner de la macrocéphalie), en particulier au début de la vie, et des changements structuraux rapportés dans des régions spécifiques du cerveau incluent également un noyau caudé élargi (qui pourrait être lié au degré de comportements répétitifs) et le cervelet (Stanfield et al 2008). Des anomalies fonctionnelles dans des parties du cerveau connues pour être importantes dans le traitement des visages et des émotions, telles que l'amygdale et le gyrus fusiforme, ont été signalées, de même que des changements dans la fonction du lobe préfrontal lors des tâches exécutives (Brambilla et al 2004). La connectivité entre les régions cérébrales distribuées est également altérée dans le TSA.

L'explication du diagnostic est une première étape essentielle pour aider les parents à accepter la présence d'un handicap, avec la diminution conséquente de la culpabilité parentale quant à

l'étiologie. Le counseling et les conseils sont susceptibles d'être nécessaires tout au long de l'enfance. Lord et Rutter (1994) ont suggéré que les objectifs du traitement devraient comporter quatre composantes : la promotion du développement normal ; la réduction de la rigidité et de la stéréotypie ; l'élimination des comportements inadaptés ; et l'allègement du stress familial. Les méthodes comportementales, y compris le conditionnement opérant et le shaping sont les moyens les plus susceptibles de réussir avec les trois premiers objectifs, et le counseling est important pour le quatrième. L'éducation spécialisée, où les besoins sociaux et éducatifs spéciaux de l'enfant sont reconnus, est très bénéfique, parfois sur une base résidentielle. Les médicaments ne jouent pas un rôle important dans la prise en charge.

- **D'autres troubles du développement envahissants :**

- Syndrome d'Asperger , décrite à l'origine par Hans Asperger en 1944, présente certaines similitudes avec l'autisme infantile en ce sens qu'il y a un trouble des relations sociales, avec un manque d'interaction sociale réciproque et un répertoire d'intérêts et d'activités restreint. Cependant, les enfants diffèrent de ceux atteints d'autisme infantile sur deux points importants : il n'y a pas de déficience intellectuelle globale ; et le développement du langage est normal, bien que des troubles du langage pragmatique puissent être observés.

D'autres caractéristiques incluent une prédominance masculine et une coordination motrice médiocre avec une maladresse marquée. La condition est maintenant considérée comme l'un des troubles du spectre autistique (Gillberg 1995), bien que la frontière entre le syndrome d'Asperger et l'autisme infantile reste floue.

Le trouble des relations sociales persiste à l'âge adulte, et en raison de l'absence de déficience significative du langage, le diagnostic peut ne pas être posé avant plus tard dans la vie lorsque les exigences sociales ou professionnelles augmentent. Les transitions (changement d'école, école à l'enseignement supérieur, éducation au travail, etc.) peuvent être particulièrement difficiles pour les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. Les troubles psychiatriques sont courants, en particulier les troubles névrotiques et dépressifs. Les individus plus âgés peuvent connaître des troubles psychotiques brefs.

La prise en charge est principalement de soutien, en mettant l'accent sur les choix éducatifs et professionnels de l'individu. La maximisation de la routine est souvent bénéfique, et les troubles psychiatriques comorbides doivent être traités. La formation aux compétences

sociales a montré des avantages pour certains, bien qu'il manque une base de preuves solide à ce sujet (Rao et al 2008).

- Trouble de la personnalité schizoïde de l'enfant Le terme "personnalité schizoïde" de l'enfance a été inventé par Wolff et Chick (1980) pour décrire un petit nombre d'enfants ayant des caractéristiques de personnalité inhabituelles mais distinctives, similaires à certains égards à ceux atteints du syndrome d'Asperger. Ces enfants "schizoïdes" étaient décrits comme distants et dépourvus d'empathie. D'autres caractéristiques comprennent des explosions obstinées et agressives sous pression pour se conformer, souvent à l'école ; une rigidité excessive ; une sensibilité à la critique ; des imaginations vives ; et des intérêts inhabituels au détriment de tout le reste. Plus récemment, Wolff (1991) a soutenu, sur la base d'études de suivi de ces enfants, qu'ils forment une catégorie diagnostique distincte, la personnalité schizoïde de l'enfance, similaire mais distincte de l'autisme infantile et du syndrome d'Asperger. Wolff (1991) a constaté qu'à l'âge adulte, 75 % de ces enfants répondaient aux critères du trouble schizoïde, et que 6 % avaient développé la schizophrénie (un risque multiplié par six par rapport à la population générale). Les individus atteints d'un trouble de la personnalité schizoïde de l'enfance sont maintenant considérés comme ayant le syndrome d'Asperger, bien que la classification dans ce domaine soit mal définie et peu claire.

- Trouble envahissant du développement non spécifique (TED-NS) et autisme atypique

De nombreuses personnes présentent certaines caractéristiques autistiques, mais celles-ci ne sont peut-être pas suffisamment graves ou nombreuses pour justifier un diagnostic complet d'autisme infantile ou de syndrome d'Asperger, ou elles peuvent apparaître après l'âge de 3 ans. De telles caractéristiques sont particulièrement courantes chez les personnes atteintes d'un handicap intellectuel.

Dans la CIM-10, de telles personnes peuvent être classées comme ayant un autisme atypique ou comme ayant un TED-NS ; dans le DSM-IV, l'autisme atypique est inclus sous PDD-NOS. Il est clair qu'il existe une grande diversité dans la gravité de ces "caractéristiques autistiques", de sorte que l'étiquette diagnostique appliquée en pratique clinique peut être plutôt arbitraire.

Beaucoup de cliniciens désigneront de telles personnes comme ayant un trouble du spectre autistique ou comme présentant des traits autistiques. La CIM-10 inclut également une

catégorie diagnostique de trouble hyperactif associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés.

1.4 Les troubles émotionnels

L'anomalie principale est un sentiment subjectif de détresse due à l'anxiété qui peut s'exprimer ouvertement, comme dans les troubles anxieux, ou de manière dissimulée, comme dans la somatisation ou les troubles de conversion. Ce groupe de troubles présente de nombreuses similitudes avec les troubles névrotiques chez les adultes. Ils sont en outre divisés en quatre catégories : les états anxieux et phobiques ; les troubles obsessionnels ; les troubles de conversion, les états dissociatifs et les troubles de somatisation ; et la réaction au stress grave et les troubles de l'adaptation. De nombreux enfants présentent souvent un schéma mixte de symptômes, de sorte qu'une distinction claire dans une catégorie unique n'est pas possible. L'étude DOH 2000 (Meltzer & Gatward 2000) a révélé un taux de prévalence de 4,0 % avec une prévalence égale entre les sexes. Le pronostic est généralement favorable, car de nombreux problèmes découlent d'un stress aigu, de sorte que les problèmes devraient se résoudre une fois que les effets stressants diminuent.

➤ Les états anxieux

Il s'agit du type le plus courant de trouble émotionnel. L'anxiété présente des composants physiques et psychologiques, les premiers faisant référence aux palpitations et à la bouche sèche et les seconds à la sensation subjective de peur et d'appréhension. Les symptômes somatiques, en particulier les douleurs abdominales, sont courants. De nouveau, de nombreux symptômes représentent la persistance ou l'exagération des peurs de développement normales, allant de la crise de panique aiguë à un état anxieux chronique sur plusieurs mois. Les facteurs prédisposants comprennent les caractéristiques tempéramentales, les parents surinvestis et préoccupés, et le "syndrome de l'enfant spécial" - les enfants qui sont traités différemment par leurs parents. Cela peut se produire dans plusieurs circonstances : par exemple, l'enfant est très désiré ; des problèmes de santé antérieurs pendant la grossesse ou la petite enfance, entraînant un attachement anxieux entre l'enfant et les parents. À son tour, l'attachement anxieux peut amener les parents à renforcer involontairement les peurs et les anxiétés normales.

Plusieurs approches, y compris la thérapie individuelle, comportementale et familiale, sont utilisées, souvent en combinaison, en fonction de l'évaluation et de la formulation. Les

nouveaux IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) tels que le Buspirone ont montré leur efficacité dans les essais cliniques et sont préférables aux benzodiazépines.

➤ **États phobiques :**

Les phobies sont courantes et normales chez les enfants. Par exemple, les tout-petits ont peur des étrangers, tandis que les adolescents sont anxieux au sujet de leur apparence ou de leur poids.

Les peurs pathologiques découlent souvent de peurs ordinaires qui sont exacerbées par le renforcement parental et/ou social. Une phobie est définie comme une peur d'un objet ou d'une situation spécifique, par exemple les chiens ou les hauteurs. Ses caractéristiques sont qu'elle est hors de proportion par rapport à la situation, irrationnelle, hors du contrôle volontaire, et qu'elle conduit à l'évitement de la situation redoutée. Ce comportement d'évitement est la principale raison pour laquelle la peur est inadaptée, car il conduit à une restriction croissante des activités de l'enfant.

Une approche comportementale utilisant une exposition graduelle à la situation redoutée est le traitement le plus couramment utilisé. Le principe de cette approche est que l'exposition continue au stimulus redouté réduit l'anxiété associée au stimulus, réduisant ainsi le comportement d'évitement. Le succès de cette méthode dépend souvent de la capacité du thérapeute à concevoir un programme de traitement combinant une exposition progressive sans provoquer trop d'anxiété. Occasionnellement, des médicaments anxiolytiques sont utilisés en conjonction avec cette approche.

➤ **Le refus scolaire :**

également connu sous le nom de phobie scolaire, fait référence à la peur irrationnelle de l'enfant à l'égard de la fréquentation scolaire. Il est également connu sous le nom de syndrome de la mascarade car il peut se présenter sous divers déguisements, notamment des douleurs abdominales, des maux de tête ou une infection virale. L'enfant est réticent à quitter la maison le matin pour aller à l'école - contrairement au truand, qui quitte la maison mais n'arrive pas à l'école. Il se produit le plus fréquemment au début de la scolarisation, au changement d'école ou au début du collège.

La plupart des cas peuvent être compris en termes des trois mécanismes suivants, souvent en combinaison : premièrement, l'anxiété de séparation, où l'enfant et/ou les parents ont peur de la séparation, dont l'école est un exemple ; deuxièmement, une phobie spécifique concernant

un aspect de l'école, comme le trajet pour se rendre à l'école, le fait de se mélanger avec les autres enfants ou une partie de la routine scolaire, par exemple certaines matières, la gymnastique ou l'assemblée ; troisièmement, une indication d'un trouble psychiatrique plus général, tel que la dépression ou une faible estime de soi. Cette dernière est plus fréquente chez les adolescents. En général, la plupart des enfants qui refusent l'école ont de bonnes performances scolaires, sont conformistes à l'école, mais opposants à la maison. Le refus scolaire peut se présenter de manière aiguë ou insidieuse, devenant souvent un problème chronique à l'adolescence.

La première étape essentielle consiste à reconnaître la condition elle-même, à éviter des investigations inutiles et étendues pour des symptômes somatiques mineurs ou à conseiller une convalescence prolongée après une maladie mineure. Pour les cas aigus, le retour précoce à l'école avec un soutien ferme pour les parents et la liaison avec l'école est l'approche la plus réussie.

Pour les cas plus difficiles, un travail approfondi avec l'enfant et les parents, ainsi qu'un retour progressif à l'école, est conseillé. Un programme comportemental spécifique pour les aspects phobiques peut être nécessaire, ainsi que l'utilisation de médicaments anxiolytiques dans certains cas.

Le problème chronique nécessite souvent une approche concertée, impliquant parfois une période d'évaluation et de traitement dans une unité psychiatrique pour enfants de jour ou hospitalière. De nombreux cliniciens utilisent la thérapie familiale pour aborder les principaux problèmes de relation qui existent dans certains cas.

Les deux tiers retournent généralement régulièrement à l'école ; le reste, généralement des adolescents issus de familles perturbées, n'atteignent qu'une fréquentation erratique au mieux. Les études de suivi ont révélé qu'environ un tiers continue à présenter des symptômes névrotiques et une altération sociale à l'âge adulte.

➤ **Les troubles obsessionnels-compulsifs :**

Une obsession est une pensée récurrente et intrusive que l'individu reconnaît comme irrationnelle mais ne peut pas ignorer. Une compulsion ou un rituel est le comportement accompagnant ces idées, le but de celui-ci étant de réduire l'anxiété associée.

Le trouble est rare (prévalence communautaire de 0,3 %), mais plus courant chez les enfants plus âgés et les adolescents, avec un début aigu ou progressif. En plus des symptômes d'anxiété, de nombreux enfants présentent des caractéristiques dépressives.

Les méthodes comportementales, en particulier la prévention de la réponse, sont efficaces pour éliminer le comportement obsessionnel-compulsif. La prévention de la réponse consiste à former l'enfant à reconnaître les signaux déclencheurs des symptômes, puis à utiliser des techniques de distraction pour rendre impossible l'exécution du rituel. Des essais cliniques récents (Shafran 2001) ont montré que les ISRS tels que la paroxétine ou la Sertraline sont efficaces en eux-mêmes, mais plus important encore, ils sont très précieux en tant que partie d'un traitement combiné médicamenteux-comportemental. L'implication d'autres membres de la famille, que ce soit spécifiquement dans la thérapie familiale ou pour aider l'enfant à éliminer les rituels, est nécessaire. Certains cas nécessitent une hospitalisation.

Les deux tiers s'en sortent bien, tandis que le reste continue d'avoir des problèmes, généralement de manière fluctuante.

➤ **Les troubles de conversion et états dissociatifs :**

Ces troubles sont rares dans l'enfance. Le trouble de conversion se manifeste par l'apparition de symptômes physiques, généralement des sens spéciaux ou des membres, sans aucune base pathologique en présence d'un facteur de stress identifiable et/ou d'un trouble affectif. On dit que le conflit émotionnel est "converti" en symptômes physiques, qui sont moins menaçants pour l'individu que le conflit psychologique sous-jacent.

Un état dissociatif est la restriction ou la réduction de la conscience due à des causes psychologiques, par exemple des états amnésiques ou de fugue.

Il est cependant extrêmement dangereux de diagnostiquer la condition uniquement en excluant une maladie organique, car des études de suivi ont révélé qu'une minorité développe par la suite une maladie organique définie. Il devrait toujours y avoir des raisons psychologiques positives pour expliquer le développement des symptômes. Les raisons courantes incluent des événements majeurs de la vie ou des facteurs de stress pour l'enfant, une maladie similaire parmi d'autres membres de la famille ou des pairs, ou un trouble dépressif sous-jacent. Les degrés mineurs de ces troubles sont extrêmement courants et surviennent fréquemment en tant que phénomène transitoire au cours de nombreuses maladies.

➤ **Les troubles somatoformes :**

De nombreux enfants se plaignent de symptômes somatiques qui n'ont pas de base pathologique. Les symptômes courants sont les douleurs abdominales, les maux de tête et les douleurs aux membres, avec des taux de prévalence communautaires d'environ 10 %. Cette condition est généralement gérée par les médecins généralistes, bien qu'elle entraîne parfois une référence pour un avis spécialisé. La gestion implique les investigations minimales nécessaires pour exclure toute pathologie, l'identification de toute circonstance stressante, et une explication sensible de la base des symptômes. La prévention des restrictions et l'encouragement actif des activités normales sont essentielles. Lorsque les symptômes somatiques sont persistants, chroniques et affectent plusieurs systèmes du corps, la CIM et le DSM utilisent le terme de trouble de somatisation. Bien qu'il soit douteux que ce trouble se produise chez les enfants, il ne fait aucun doute que les plaintes physiques non expliquées et persistantes sont une raison courante pour laquelle les enfants consultent le médecin. Dans de nombreux cas, il existe des preuves claires d'anxiété sous-jacente ou d'événements stressants récents.

➤ **La réaction au stress grave et trouble de l'adaptation :**

Ce groupe de troubles survient en réponse à un événement exceptionnellement stressant ou à un changement significativement négatif dans la vie. Les caractéristiques cliniques des différents syndromes varient considérablement, avec dans la plupart des cas une prépondérance de symptômes affectifs.

➤ **Trouble de stress post-traumatique (PTSD) :**

Ce trouble survient après une exposition à un événement stressant d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique qui causerait une détresse généralisée chez presque n'importe qui. Les événements comprennent des accidents ou des catastrophes ainsi que des traumatismes plus personnels, tels que le fait d'être témoin d'un meurtre, d'un viol ou de tortures. En pratique clinique, les enfants qui ont été victimes d'abus sexuels présentent couramment des symptômes relevant de la catégorie diagnostique du TSPT.

Ces caractéristiques comprennent des "flashbacks" (la répétition de l'événement, avec des souvenirs intrusifs, des rêves ou des cauchemars) ; un sentiment de détachement, de "neutralité" et d'émoussement émotionnel ; de l'irritabilité, des problèmes de concentration et de mémoire.

À la suite de catastrophes, de nombreux survivants vivent souvent une sensibilisation accrue au danger, une vue raccourcie de l'avenir ("planifier seulement pour aujourd'hui"), un sentiment de culpabilité du "survivant" (auto-reproche pour leur propre survie tandis que leurs compagnons sont décédés) et des réactions de panique aiguës. Yule (1994) a indiqué que 30 à 50 % des enfants présentent une morbidité psychologique significative à la suite de catastrophes, avec des symptômes persistant pendant plusieurs mois.

Les facteurs de modification importants sont probablement l'âge, les expériences antérieures, la situation de vie actuelle et la disponibilité de l'aide. Bien que l'immatunité cognitive puisse protéger l'enfant contre la compréhension des implications d'une catastrophe, elle peut aussi être un désavantage, car l'enfant peut ne pas avoir l'occasion de parler de l'événement.

L'expérience antérieure de l'enfant en matière d'événements stressants et leur résultat, qu'il soit favorable ou non, sont susceptibles d'influencer la réponse à la catastrophe. De même, les circonstances adverses coexistant telles que la discorde familiale ou les problèmes scolaires réduisent la capacité de l'enfant à faire face à la nouvelle situation.

Bien que la plupart des recherches soient plus de nature anecdotique que systématique, les preuves disponibles (Yule 1994) suggèrent que les séances de "débriefing" post-catastrophe, sur une base individuelle ou en groupe, sont utiles. Des séances de conseil spécifiques pour aider un enfant à faire face à des symptômes phobiques, anxieux ou dépressifs sont fréquemment nécessaires. Les approches cognitivo--comportementales conviennent particulièrement à ce type de symptômes.

1.5 Les Trouble de conduites :

Il est généralement défini comme un comportement antisocial ou socialement désapprouvé persistant qui implique souvent des dommages matériels et qui ne répond pas aux sanctions normales. L'étude IOW (Rutter et al 1970a) a trouvé un taux de prévalence de 4 % lorsque la catégorie des troubles mixtes a été incluse, avec une nette prédominance masculine (au moins 3:1). Il n'existe pas de critère indépendant de déviance, car les valeurs sociales et culturelles déterminent la gravité ou l'absence de gravité du comportement antisocial. Par conséquent, la plupart des cliniciens ajouteraient le critère de l'altération - à savoir un effet néfaste sur la vie quotidienne ou le développement de l'enfant - avant d'appliquer le diagnostic de trouble des conduites. Les symptômes courants comprennent les colères, le comportement oppositionnel, l'hyperactivité, l'irritabilité, l'agression, le vol, le mensonge, l'absentéisme, l'intimidation et la fugue de la maison ou de l'école. La délinquance (terme juridique désignant une infraction à la loi) est une caractéristique fréquente chez les enfants et adolescents plus âgés. Le vol, le

vandalisme, l'incendie criminel et le feu sont des formes courantes de délinquance (rapport masculin:féminin de 10:1).

Traditionnellement, on a fait une distinction entre le comportement socialisé et le comportement non socialisé. Le premier décrit un comportement conforme aux valeurs du groupe de pairs mais contraire à celles de la société, par exemple le comportement antisocial en bande, comme le vol et le vandalisme. Le comportement antisocial non socialisé implique un comportement plus perturbé, car il est souvent effectué seul dans un contexte de rejet ou de négligence parentale et de mauvaises relations avec les pairs.

Les difficultés d'apprentissage, en particulier le retard de lecture spécifique, sont plus fréquentes chez les enfants atteints de troubles des conduites. C'est une autre raison pour laquelle la scolarité est impopulaire et une source de découragement pour ces enfants.

De plus, de nombreux enfants atteints de troubles des conduites présentent des symptômes affectifs tels que l'anxiété ou le malheur, ainsi qu'une faible estime de soi et de mauvaises relations avec leurs pairs. Lorsque ces symptômes sont prédominants, il est souvent approprié de classer le trouble comme mixte, impliquant à la fois une symptomatologie émotionnelle et comportementale.

Quatre facteurs - la famille, le groupe de pairs, le quartier et les facteurs constitutionnels - contribuent dans la plupart des cas, mais la famille est généralement la plus importante. Les familles d'enfants atteints de troubles des conduites se caractérisent par un manque d'affection et de rejet, une discorde conjugale, une discipline inconsistante et inefficace, ainsi que par la violence et l'agressivité des parents. La famille est souvent nombreuse, ce qui aggrave les problèmes de surveillance et de prise en charge. Les facteurs constitutionnels présents dans certains cas comprennent une faible intelligence et des difficultés d'apprentissage, ainsi que des traits tempéramentaux adverses tels que l'hyperactivité et l'impulsivité. Les valeurs opposées du groupe de pairs sont une caractéristique importante chez les enfants plus âgés et les adolescents. De nombreux enfants atteints de troubles des conduites vivent dans des zones de déprivation urbaine avec une scolarité médiocre. La nature inextricable et chronique de ces problèmes est l'une des principales raisons de la persistance du trouble des conduites à l'adolescence et à l'âge adulte.

L'aide à la famille, que ce soit par le conseil aux parents ou par la thérapie familiale, est souvent utilisée. Plus récemment, des programmes d'intervention spécifiques visant à promouvoir une éducation positive ont été développés, avec de bons résultats à court terme au

moins Un soutien éducatif par le biais de l'enseignement de rattrapage ou de la fourniture d'une éducation spéciale peut être important dans certains cas. Pour de nombreuses familles, cependant, le rôle des services psychiatriques est limité, le soutien pratique en matière de relogement étant la contribution la plus importante pour atténuer les inconvénients sociaux.

La continuité jusqu'à l'âge adulte est fréquente, avec plus de 50 % de personnes ayant des problèmes à l'âge adulte.

Les mauvais facteurs pronostiques sont de nombreux symptômes variés, des problèmes à la maison et dans la communauté, ainsi que des attitudes anti-autorité et agressives.

1.6 Le Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDAH

Il existe une controverse considérable autour des termes diagnostiques de trouble hyperkinétique (HKD), de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ADHD) et de trouble du déficit de l'attention (ADD). Malgré la différence de terminologie, ils s'accordent sur les mêmes trois caractéristiques de base : l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention.

Il est probablement préférable de considérer l'hyperactivité comme un symptôme plutôt qu'un terme diagnostique qui peut survenir dans de nombreuses situations cliniques : un symptôme de l'ADHD, du HKD ou de l'ADD ; une caractéristique de nombreux enfants atteints de troubles des conduites ;

Le reflet d'un retard du développement seul ou en association avec une déficience intellectuelle générale ; un extrême de la variation tempéramentale normale ; une réponse peu commune à l'anxiété ou à la tension élevée ; un symptôme de l'autisme infantile ; et rarement, une réaction à certains médicaments, par exemple les barbituriques ou les benzodiazépines.

L'étude MTA (MTA 1999) et le rapport du NICE (2006) ont respectivement fourni les preuves et les orientations les plus claires concernant le traitement le plus efficace. La plupart des gens préconiseraient une approche multimodale impliquant un traitement médicamenteux, un programme psychoéducatif, des compétences parentales et un travail individuel ou de groupe avec l'enfant. L'étude MTA a montré que 80 % des enfants présentaient une amélioration significative sous méthylphénidate, avec une amélioration persistante sur la période d'essai de 14 mois. Il n'y avait que peu de preuves convaincantes qu'une approche combinée impliquant des traitements médicamenteux et comportementaux améliorait significativement le résultat, mais il faut se rappeler que l'étude MTA a été réalisée aux États-Unis, où les pratiques diagnostiques sont différentes.

Le méthylphénidate (jusqu'à 60 mg par jour en doses divisées) est le médicament le plus couramment prescrit au Royaume-Uni, tandis que la dextroamphétamine (jusqu'à 30 mg par jour) est plus populaire aux États-Unis et en Australasie. Les deux sont tout aussi efficaces avec un profil d'effets secondaires similaire, mais la dextroamphétamine a une durée d'effet plus longue. Les médicaments stimulants semblent agir en augmentant les niveaux de dopamine dans les lobes frontaux. Les effets secondaires courants des deux médicaments sont la perte d'appétit et l'insomnie nocturne, avec des douleurs abdominales, des maux de tête, du larmoiement et des tics moins courants. Il est discutable de savoir si les stimulants ont un effet à long terme sur la croissance ou l'exacerbation des tics, mais une surveillance attentive est recommandée. Les cinq dernières années ont vu des avancées importantes dans la gamme de médicaments disponibles avec l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché de préparations à libération prolongée de méthylphénidate telles que Concerta XL ou Equasym XL, ainsi que la disponibilité d'un composé noradrénergique à prise unique, l'atomoxétine. Des essais comparatifs avec ces nouvelles préparations sont actuellement en cours au Royaume-Uni.

Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine ou la nortriptyline sont également des alternatives efficaces et sont utilisés lorsque l'enfant ne répond pas aux stimulants, que les effets secondaires sont handicapants ou qu'il y a une composante dépressive aux symptômes de l'enfant. Il existe également des études en accès ouvert avec la clonidine, en particulier pour les symptômes agressifs, mais des cas de décès subit dû à des arythmies cardiaques ont été signalés, de sorte qu'un électrocardiogramme avant le début du traitement est essentiel. Le pemoline, qui présente l'avantage considérable d'une posologie quotidienne, a été retiré du Royaume-Uni en raison des craintes de toxicité hépatique.

Les techniques comportementales, le conseil aux parents et la modification et la manipulation de l'environnement de l'enfant, en particulier à l'école, pour réduire et minimiser les distractions, sont des composantes importantes de la plupart des programmes de traitement. Une approche alternative adoptée par certains cliniciens a été l'utilisation de régimes d'exclusion sur la base de l'allergie de l'enfant à certaines substances, couramment la tartrazine. Les preuves de l'efficacité de ces régimes d'exclusion, autres que la réponse placebo, ne sont pas convaincantes, bien qu'Egger et al. (1992), utilisant une conception méthodologique sophistiquée, ont montré que les enfants atteints d'hyperactivité sévère et de déficience intellectuelle répondaient. Il est cependant peu clair si ces résultats s'appliqueraient

aux enfants d'intelligence normale présentant des problèmes moins graves, qui constituent la majorité des enfants atteints de TDAH.

L'hyperactivité et les déficits de l'attention diminuent considérablement à l'adolescence, bien que d'autres problèmes majeurs tels que les difficultés d'apprentissage et les problèmes de comportement persistent. Une minorité importante continue à avoir des problèmes à l'âge adulte, souvent de nature antisociale. Il existe également de plus en plus de preuves de l'efficacité du méthylphénidate chez les adultes chez lesquels le diagnostic de trouble du déficit de l'attention a été manqué dans l'enfance ou qui ont continué le traitement depuis l'enfance (Bierdman et al. 1993, Spencer et al. 1995).

1.7 Les troubles de l'élimination :

- **L'énurésie :** Ce terme fait référence au passage involontaire d'urine en l'absence d'anomalie physique après l'âge de 5 ans. Elle peut être nocturne et/ou diurne.

L'énurésie nocturne continue - bien que généralement pas toutes les nuits - depuis la naissance est appelée énurésie primaire, tandis que lorsqu'il y a eu une période de 6 mois de lits secs à un moment donné, la récurrence de l'énurésie est appelée énurésie secondaire ou début. L'énurésie diurne est beaucoup moins courante que l'énurésie nocturne, mais plus fréquente chez les filles et chez les enfants qui sont perturbés sur le plan psychiatrique. Selon la définition, environ 10 % des enfants de 5 ans, 5 % des enfants de 10 ans et 1 % des jeunes de 18 ans auront une énurésie nocturne. La majorité des enfants atteints d'énurésie nocturne ne sont pas malades, bien qu'une minorité substantielle - environ 25 % - présente des signes de perturbation psychiatrique.

Une combinaison de facteurs, tels qu'une histoire familiale positive (environ 70 %), une faible intelligence, des troubles psychiatriques et une petite capacité de la vessie, ainsi que des facteurs environnementaux tels que des événements de vie stressants récents, une grande taille de famille et un désavantage social, est présente dans la plupart des cas.

Il est important d'exclure toute base physique à l'énurésie par l'anamnèse, l'examen et, si nécessaire, l'investigation de l'appareil rénal. En supposant l'absence de pathologie physique, la première étape la plus importante est de minimiser le handicap, c'est-à-dire de faire remarquer aux parents le résultat naturel très favorable de la condition, et de rebaptiser l'énurésie de l'enfant comme une immaturité plutôt que de la paresse ou de l'entêtement. Un

tableau d'étoiles - l'enregistrement précis de l'énurésie plus le renforcement positif pour les nuits sèches - fournit une ligne de base précise ainsi qu'un traitement réussi en soi. Une alarme d'énurésie est efficace avec les enfants plus âgés et coopératifs. Le succès de cette approche est probablement dû au fait que l'enfant devient plus conscient de la sensation d'une vessie pleine ainsi que de l'encouragement des parents pour les nuits sèches. Les alarmes modernes sont extrêmement compactes et ne nécessitent pas de coussin placé entre les draps, augmentant ainsi considérablement la conformité du patient. Il est utile de combiner un avertisseur sonore avec un tableau d'étoiles. Des médicaments tels que la desmopressine et l'imipramine sont très efficaces pour arrêter l'énurésie, bien que leur principal inconvénient soit que l'énurésie revient lorsque l'on arrête de les prendre. La plupart des pédiatres estiment qu'il est incorrect de prescrire des médicaments potentiellement létaux tels que l'imipramine pour une affection bénigne telle que l'énurésie, de sorte que la desmopressine est le médicament préféré.

- **L'encoprésie** : la plupart des enfants sont continent des selles et propres à partir de leur quatrième anniversaire. L'encoprésie est généralement définie comme le passage inapproprié de selles formées, habituellement sur les sous-vêtements, en l'absence de toute pathologie physique après l'âge de 4 ans. La souillure - le passage de selles semi-solides - est souvent utilisée de manière synonyme avec l'encoprésie. Les symptômes varient considérablement en gravité, allant de légères taches sur les sous-vêtements à l'encoprésie avec l'étalement de selles sur les murs. C'est peu courant, avec une prévalence communautaire chez les garçons de 1,8 % et de 0,7 % chez les filles à l'âge de 8 ans. Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les enfants atteints d'encoprésie. L'énurésie peut également être présente.

Il est important de faire la distinction entre les enfants qui retiennent les selles avec incontinence par débordement ultérieur et ceux qui déposent des selles de manière inappropriée de manière régulière. Certains enfants n'ont jamais acquis la continence - une situation appelée encoprésie continue ou primaire, tandis que d'autres ont connu des périodes de propreté suivies de rechutes : on parle alors d'encoprésie discontinue ou secondaire. Les comportements couramment observés chez les enfants atteints d'encoprésie et leurs parents diffèrent. Par exemple, les enfants atteints d'encoprésie de rétention ont souvent été soumis à un entraînement à la propreté coercitif et obsessionnel, de sorte que l'encoprésie est perçue comme une réaction, souvent de colère ou d'agression, envers cette pratique.

De même, de nombreux enfants atteints d'encoprésie continue non rétentive proviennent de familles désorganisées et chaotiques où l'entraînement régulier et la propreté ne sont pas la norme. De plus, l'encoprésie peut survenir chez certains enfants en réponse à une situation stressante.

Enfin, l'encoprésie peut refléter des relations parent-enfant déficientes, et généralement associées à d'autres aspects de perturbation psychiatrique. Cependant, le tableau clinique n'est souvent pas aussi clair, chaque élément contribuant à sa manière. Il peut y avoir des antécédents de constipation, et parfois de fissure anale.

Une étiologie physique telle que la maladie de Hirschsprung doit être exclue avant de commencer le traitement psychiatrique. L'évaluation doit inclure un compte rendu des traitements antérieurs et, surtout, l'attitude actuelle des parents et de l'enfant face au problème. Le traitement a deux objectifs : favoriser une habitude intestinale normale et améliorer la relation parent-enfant. Initialement, un lavement intestinal et/ou des micro-irrigations peuvent être nécessaires pour vider l'intestin. L'utilisation judicieuse de stimulants de la musculature intestinale lisse (Senokot), d'adoucissants des selles (Dioctyl) et d'agents de remplissage (lactulose) est utile pour l'enfant atteint de rétention. De plus, les suppositoires sont souvent utiles de temps en temps. Cela doit également être combiné à l'éducation des parents et de l'enfant sur l'importance nutritionnelle des fibres. La composante psychologique comprend une thérapie comportementale (tableau d'étoiles) et une psychothérapie individuelle pour obtenir la coopération et la confiance de l'enfant, ainsi qu'un conseil parental ou une thérapie familiale pour modifier les attitudes et les interactions hostiles entre l'enfant et ses parents.

L'encoprésie se résout généralement à l'adolescence, bien que d'autres problèmes puissent persister. Des rapports de cas occasionnels de persistance jusqu'à l'âge adulte ont été publiés.

2. La prise en charge :

Plusieurs facteurs sont généralement responsables du développement de la perturbation, de sorte qu'il est peu probable qu'une méthode de traitement résolve le problème. Toutes les approches de traitement reposent sur des éléments communs qui ne sont pas seulement souhaitables, mais aussi essentiels pour un résultat réussi.

Ces éléments comprennent une coopération active entre le thérapeute, l'enfant et la famille ; un accord entre eux sur les objectifs du traitement ; et une confiance mutuelle permettant d'atteindre ces objectifs. Encore une fois, l'efficacité relative des différents traitements n'est

pas clairement établie, de sorte que le choix du traitement est souvent le reflet de la formation et de l'expérience du thérapeute plutôt qu'une indication absolue dans un cas particulier.

Une analyse minutieuse des éléments suivants est donc nécessaire pour élaborer un programme de traitement efficace :

- Individuel : • Maladie physique ou handicap • / Capacité intellectuelle • / Type de symptomatologie
- Famille : • Étape de développement (par exemple une famille avec des enfants d'âge préscolaire ou une famille avec des adolescents) • / Santé psychiatrique des parents • / Relation conjugale • / Qualités parentales • / Modèles de communication au sein de la famille / • Capacité à résoudre les conflits / • Réseau de soutien, par exemple la disponibilité de la famille élargie
- École : • Attentes scolaires • / Attitude de l'enfant et des parents à l'égard de l'autorité de l'école • Relations avec les pairs
- Communauté : • Qualité des relations avec les pairs et des modèles de rôle / • Ressources du quartier et de la communauté. La formulation du problème selon ces quatre dimensions constitue la base pour décider d'un programme de traitement approprié.

Les trois principaux types d'approches du traitement disponibles : sont le traitement médicamenteux, les psychothérapies et le travail de liaison ou de consultation. Cette dernière approche se réfère à la pratique courante selon laquelle le psychiatre pour enfants ou un membre de l'équipe psychiatrique n'a pas de contact direct avec l'enfant référé, mais aide plutôt les personnes impliquées dans le traitement de l'enfant à comprendre et à modifier le comportement de l'enfant.

Les psychothérapies sont des traitements qui utilisent diverses techniques psychologiques pour améliorer la perturbation. Ils comprennent la thérapie individuelle, la thérapie comportementale, la thérapie familiale et la thérapie de groupe, ainsi que des conseils et des conseils pour les parents.

Psychothérapie individuelle (Lanyardo & Horne 1999) Bien qu'il existe plusieurs orientations théoriques, y compris la psychoanalyse (Freud 1946) et la thérapie rogerienne (Reisman 1973), le thérapeute a néanmoins les mêmes tâches thérapeutiques. Ces tâches consistent à établir une relation de confiance, sans jugement, avec l'enfant ; à permettre à l'enfant d'exprimer ses sentiments et ses pensées ; à comprendre la signification des

symptômes de l'enfant, y compris son comportement lors de la séance thérapeutique ; et enfin à fournir à l'enfant une certaine compréhension et explication de son comportement. Les indications de la psychothérapie individuelle ne sont pas clairement établies, bien que le plus souvent elle soit destinée aux enfants atteints de troubles névrotiques ou réactifs plutôt qu'à ceux présentant un trouble constitutionnel. Pour les enfants plus jeunes, le moyen de communication est le jeu, tel que le jeu de sable ou le dessin, tandis qu'avec les enfants plus âgés, l'échange verbal et la discussion sont possibles.

Psychothérapie comportementale (Herbert 1996) Cette approche est basée sur l'application des découvertes de la psychologie expérimentale, en particulier de la théorie de l'apprentissage, à un large éventail de problèmes tels que l'énurésie, l'encoprésie, les colères et l'agression. Ses caractéristiques sont les suivantes :

1. Définir objectivement le(s) problème(s) en référence aux Antécédents, au Comportement lui-même et aux Conséquences (l'approche ABC) ;
 2. Mettre l'accent sur le comportement actuel plutôt que sur les événements passés ;
 3. Formuler des hypothèses pour expliquer le comportement ;
 4. Établir une ligne de base avant le traitement pour déterminer la fréquence et la gravité du problème ;
 5. Concevoir un programme comportemental sur une base individuelle pour tester l'hypothèse ;
 6. Évaluer les résultats du programme de traitement ;
 7. S'attaquer à un problème à la fois. Comme pour d'autres psychothérapies, le succès dépend de l'établissement d'une relation de confiance avec le patient et de la supervision étroite du programme de traitement, avec la participation des enseignants et des parents dans de nombreux cas.
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Kendall 1999) Cette approche est de plus en plus utilisée chez les enfants plus âgés et les adolescents pour une variété de troubles, notamment l'anxiété, la dépression et l'anorexie mentale. Le postulat central est que les distorsions cognitives de l'individu sont responsables des symptômes et du trouble, de sorte que la thérapie vise à changer les cognitions grâce à une approche collaborative entre le thérapeute et le patient. Habituellement, le traitement dure

environ 12 séances. La première partie du traitement est consacrée à l'enseignement au patient de reconnaître ses distorsions cognitives, puis à le former à élaborer des interprétations alternatives et plus saines de la situation. Cela s'accompagne de « devoirs » entre les séances afin de mettre en pratique les nouvelles idées ou réponses qu'ils trouvent difficiles.

- **Thérapie familiale** Il s'agit d'une approche de traitement populaire de nos jours. La raison sous-jacente à la thérapie familiale est que le comportement perturbé de l'enfant est symptomatique du trouble au sein de la famille en tant que groupe. Il existe de nombreuses approches théoriques et techniques différentes (Gorrell Barnes 1994), mais ils impliquent généralement d'interviewer l'ensemble de la famille à chaque séance pendant environ une heure.

La plupart du travail familial est à court terme, d'une durée d'environ 6 mois, avec des séances mensuelles environ. L'accent est mis sur le comportement actuel, à la fois verbal et non verbal, observé pendant la séance, plutôt que sur les événements passés. L'objectif principal est d'améliorer la communication au sein de la famille, de manière à remplacer les schémas de comportement dysfonctionnels par des comportements plus sains et adaptatifs. **Thérapie de groupe** Les enfants plus âgés et les adolescents bénéficient souvent de la thérapie de groupe lorsque l'objectif est d'améliorer les relations interpersonnelles, en particulier avec le groupe de pairs, en utilisant une variété de modèles théoriques (par exemple psychodynamiques et compétences sociales).

- **Psychothérapie de soutien et conseil** La première est fréquemment utilisée pour l'enfant atteint de maladie chronique ou de handicap, où l'accent peut être mis sur l'enfant ou les parents. Elle est particulièrement bénéfique au moment du diagnostic, et également à long terme lorsque les implications du handicap deviennent plus évidentes. Le conseil parental est également utilisé pour aider les parents à comprendre les problèmes de comportement de leur enfant, les facteurs qui ont pu les causer et qui sont responsables de leur persistance, ainsi qu'en mettant l'accent sur la relation parent-enfant et l'amélioration des compétences parentales. Le conseil peut donc aider les parents à élaborer et à mettre en œuvre un programme comportemental pour modifier le comportement de l'enfant ainsi que pour favoriser un développement normal.

- Psychiatrie de liaison et de consultation (Lask 1994) Il s'agit d'une approche collaborative entre l'équipe de psychiatrie infantile et les professionnels directement impliqués auprès de l'enfant, tels que le personnel hospitalier, les enseignants ou le personnel de soins résidentiels, afin d'aider ces professionnels à comprendre le comportement perturbé de l'enfant, leur propre contribution possible au problème, et de suggérer des moyens pour améliorer la situation. Bien que le psychiatre puisse voir l'enfant référé en premier lieu, le contact ultérieur se fait généralement avec le personnel plutôt qu'avec l'enfant. Cette approche peut également inclure la création et la supervision d'un groupe de soutien du personnel dont l'objectif est d'examiner les attitudes et les réponses émotionnelles du personnel à l'égard du comportement manifesté par les enfants placés sous leur responsabilité.^{vii}

Chapitre 03 : les troubles psychiatriques à l'adolescence .

1. Qu'es que l'adolescence ?

L'adolescence est une période critique caractérisée par la maturation neurobiologique et physique, conduisant à une prise de conscience psychologique accrue et à des réponses sociales, cognitives et émotionnelles de niveau supérieur. Au cours de l'adolescence, les interactions dynamiques entre le cerveau en développement et les expériences liées aux stimuli sociaux et intellectuels se traduisent par une réflexion accrue, une régulation des émotions, un raisonnement abstrait et une sensibilité aux signaux sociaux. Des preuves émergentes soutiennent une corrélation entre la vague de matière grise frontale supplémentaire observée dans le cerveau juste avant la puberté, suivie de son étendu dans le cortex préfrontal pendant l'adolescence, avec le développement de capacités de planification, de raisonnement et de résolution de problèmes de plus en plus affinées ("fonctions exécutives"). Le remodelage cortical, en particulier dans le cortex préfrontal, est censé faciliter les capacités cognitives, y compris l'attention sélective, la mémoire de travail et l'inhibition comportementale socialement appropriée. Bien que le volume global du cerveau reste stable, la maturation du lobe frontal pendant l'adolescence, c'est-à-dire l'amincissement de la matière grise corticale, a été associée à une amélioration des performances aux tests de mémoire et aux tâches nécessitant l'inhibition des réponses comportementales. Le développement de l'adolescent dépend de transactions complexes entre les schémas de croissance maturative dans le cerveau, la "psyché" et le corps, mêlés à des expériences intellectuelles, émotionnelles, sociales et relationnelles au sein du contexte culturel environnant.

2. Qu'est-ce qu'une période d'adolescence normal ?

- ✓ Le concept de normalité dans le développement de l'adolescent se réfère au degré d'adaptation psychologique atteint en naviguant à travers les étapes de développement caractéristiques de cette période. Historiquement, avant le XXe siècle, l'adolescence était décrite comme intrinsèquement tumultueuse et caractérisée par une angoisse perpétuelle. En 1904, G. Stanley Hall a promu l'idée que le développement de l'adolescent est comparable à un processus d'évolution d'un état de vie humaine primitive à une société civilisée.

La conceptualisation de l'adolescence comme une lutte constante, avec comme caractéristique déterminante une douleur psychique intense et une grande agitation, a persisté pendant de nombreuses générations. L'hypothèse selon laquelle la plupart des adolescents connaissent une détresse psychologique sévère persistante, des symptômes dépressifs intenses, une grande labilité émotionnelle et une perturbation de leur comportement habituel n'a pas été confirmée par des études épidémiologiques.

- ✓ Bien que certains troubles psychiatriques, tels que la dépression majeure, la schizophrénie et les troubles bipolaires, se manifestent plus fréquemment chez les adolescents que chez les enfants plus jeunes, la majorité des adolescents ne souffrent pas de troubles psychiatriques. Jusqu'à environ 75 pour cent des jeunes, l'adolescence est une période d'adaptation réussie aux changements physiques, cognitifs et émotionnels, largement continue par rapport à leur fonctionnement précédent. Ainsi, la majorité des adolescents montrent une autonomie raisonnable dans la prise de décision, une indépendance croissante dans la réalisation de leur travail scolaire, et des relations positives avec leurs pairs, sans aliénation significative de leur famille ni l'émergence de comportements perturbateurs. Un malaise psychologique, la haine de soi, des troubles du comportement, des abus de substances, des troubles affectifs et d'autres troubles psychiatriques handicapants apparaissent chez environ 20 pour cent de la population adolescente. L'ajustement des adolescents est, en général, en continuité avec leur fonctionnement psychologique précédent ; ainsi, les enfants psychologiquement perturbés sont plus à risque de développer des troubles psychiatriques à l'adolescence. Les adolescents atteints de troubles psychiatriques sont plus à risque de conflits importants avec leur famille et de se sentir aliénés de leur famille. Bien que jusqu'à 60 pour cent des adolescents reconnaissent occasionnellement des détresses ou des symptômes psychiatriques, ce groupe d'adolescents fonctionne bien sur le plan académique et social, et se décrivent

généralement comme satisfaits de leur vie. Les études menées depuis les années 1980 indiquent que la plupart des adolescents acceptent davantage que de rejeter les valeurs et les modes de vie de leurs parents, et peu d'entre eux déclarent se sentir isolés ou aliénés de leur famille.

- ✓ L'adolescence est le moment de la recherche d'idéaux et de valeurs sociales qui peuvent être portés dans l'âge adulte. Erickson a utilisé le terme "moratoire" pour décrire cette période intermédiaire entre la pensée concrète de l'enfance et un développement éthique plus complexe et évolué. Il a défini la crise de l'identité comme une tâche normative de l'adolescence au cours de laquelle les adolescents poursuivent des comportements et des styles alternatifs, puis réussissent à façonner ces expériences différentes en une identité solide. Un échec à le faire résulte en une diffusion de l'identité, ou une confusion des rôles, dans laquelle il y a un manque de cohérence ou de confiance dans son identité. L'adolescence est le moment de se lier avec des pairs, d'expérimenter de nouvelles croyances et styles, de tomber amoureux pour la première fois, et d'explorer des idées créatives pour des projets futurs. La littérature conduit à la conclusion que la majorité des adolescents traversent ce processus de développement avec optimisme et une bonne estime de soi, maintiennent de bonnes relations avec leurs pairs et entretiennent des relations globalement harmonieuses avec leur famille.

3. Le développement de l'adolescent :

L'adolescence est la transition entre l'enfance et la vie adulte. Quatre objectifs de maturation doivent être accomplis avec succès pour garantir un résultat favorable :

- L'acquisition de l'indépendance :
- L'établissement d'un rôle sexuel et d'une orientation sexuelle
- La maîtrise des pulsions agressives et oppositionnelles
- L'atteinte de l'identité de soi.

Bien que ces phases ne soient pas nécessairement complètes ni entièrement résolues à la fin de l'adolescence, l'adolescent devrait avoir fait des progrès substantiels à cet égard.

Le développement de l'adolescent est couramment divisé en quatre phases :

- **Préadolescence (11-13 ans)**
- **Début de l'adolescence (13-15 ans)**

- **Milieu de l'adolescence (15 - 17 ans)**

- **Fin de l'adolescence (18 ans et plus)**

N.B : Les principales caractéristiques de la phase de préadolescence sont le début de la puberté biologique et un intérêt accru pour les relations entre pairs et les passe-temps d'adolescents. Le début de l'adolescence se caractérise par un questionnement critique des valeurs parentales associé à une acceptation non critique des opinions du groupe de pairs. L'établissement d'une identité sexuelle et sociale distincte se produit au milieu de l'adolescence, lorsque l'individu explore et développe son propre genre et son rôle sexuel. Le développement de relations sociales en dehors de la famille permet à l'individu d'avoir son propre réseau social, tout en modifiant la base de sa relation avec ses parents. Les conflits avec l'autorité parentale sont fréquents à cette époque. La fin de l'adolescence est axée sur le choix de carrière ou de travail ainsi que sur l'expression du rôle sexuel à travers des relations plus satisfaisantes et durables.

4. Les ÉTAPES DE L'ADOLESCENCE

Le début de l'adolescence, de 12 à 14 ans, est la période au cours de laquelle les changements les plus frappants sont observés, tant sur le plan physique que sur le plan comportemental. Les poussées de croissance commencent souvent à se manifester chez les garçons à ces années, tandis que les filles peuvent avoir déjà connu une croissance rapide depuis 1 à 2 ans. À cette étape, les garçons et les filles commencent à se définir en tant que membres distincts de leur famille, à critiquer les habitudes familiales habituelles, à exiger de passer du temps avec leurs pairs avec moins de supervision, et à remettre en question les valeurs familiales acceptées précédemment.

Au début de l'adolescence, il est probable qu'il y ait un retrait de l'investissement émotionnel dans les sorties en famille, un intérêt accru pour passer du temps avec les pairs, une plus grande prise de conscience du style et de l'apparence, un objectif déclaré de devenir plus indépendant, et des revendications de moins d'implication parentale. Une nouvelle prise de conscience de la sexualité peut se manifester par une plus grande pudeur et de l'embarras face à leur développement physique ou peut se traduire par un intérêt accru pour le sexe opposé.

Le début de l'adolescence a souvent été perçu comme une période de tourments accablants, au cours de laquelle il y a un rejet dramatique de la famille, des amis et du mode de vie, entraînant une forte aliénation de l'adolescent.

Cependant, les enquêtes épidémiologiques n'ont pas fourni de preuves à l'appui de cette idée selon laquelle l'adolescence est caractérisée par une aliénation accablante, une angoisse profonde et une perturbation significative des relations familiales. Au contraire, pour la plupart des adolescents, il y a plus de continuité avec les valeurs familiales et le mode de vie que de désaccord, et une métamorphose plus douce vers l'indépendance.

Milieu de l'adolescence Au cours de la phase intermédiaire de l'adolescence (environ entre 14 et 16 ans), le mode de vie des adolescents peut refléter leurs efforts pour atteindre leur objectif déclaré d'indépendance. Par exemple, les adolescents de cette phase apprennent avec succès à conduire une voiture et, dans certains États, obtiennent un permis de conduire à l'âge de 16 ans, ce qui les confronte à des défis très concrets liés à une plus grande autonomie. Leur capacité à combiner le raisonnement abstrait avec la prise de décisions réalistes et l'application du jugement social est mise à l'épreuve au cours de cette phase de développement. Le comportement sexuel s'intensifie, rendant les relations amoureuses plus compliquées, et l'estime de soi devient une influence cruciale sur les comportements à risque, qu'ils soient positifs ou négatifs.

L'Enquête nationale sur les comportements à risque chez les jeunes (YRBSS) de 2005 a rapporté une utilisation plus fréquente de la cigarette chez les étudiants blancs (11,2 pour cent) et les étudiants hispaniques (6,5 pour cent) que chez les étudiants noirs (3,7 pour cent). L'utilisation de l'alcool, c'est-à-dire le fait de déclarer avoir consommé au moins une boisson alcoolisée dans le mois précédant l'enquête, était de 42 pour cent chez les élèves de dixième année et de 46 pour cent chez les élèves de onzième année. La prévalence de la consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire cinq boissons ou plus d'affilée, augmentait légèrement avec chaque année d'études, de la neuvième à la douzième année. Les élèves de dixième année ont signalé des taux de consommation excessive d'alcool de 24,5 pour cent, taux qui ont augmenté chez les élèves de onzième année, passant à 27,6 pour cent. L'utilisation de la marijuana était légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles, quel que soit le niveau scolaire, et la prévalence globale de l'abus actuel de la marijuana était de 21 pour cent chez les élèves de onzième année. La consommation de cocaïne était plus élevée chez les garçons que chez les filles, et la consommation de cocaïne à vie était de 8,7 pour cent chez les élèves de onzième année et de 10,1 pour cent chez les garçons de onzième année.

Au cours de cette phase de développement, les adolescents ont tendance à s'identifier à un groupe de pairs qui exerce une forte influence sur leurs choix d'activités, de styles, de musique, d'idols et de modèles. La sous-estimation des risques associés à divers

comportements récréatifs et leur sentiment d'"omnipotence", associés à leur désir d'être autonomes, entraînent souvent des conflits avec les demandes et les attentes des parents. Cependant, dans la plupart des cas, ces conflits n'aboutissent pas à la destruction des relations significatives avec les parents ou les frères et sœurs. Pour la plupart des adolescents, le processus de se définir comme uniques et différents de leur famille peut être atteint tout en maintenant des alliances avec les membres de la famille.

La fin de l'adolescence :(entre 17 et 19 ans) est une période où l'exploration des poursuites académiques, des goûts musicaux et artistiques, de la participation sportive et des liens sociaux conduit un adolescent vers une plus grande définition de lui-même et un sentiment d'appartenance à certains groupes ou sous-cultures au sein de la société mainstream. Comme l'a décrit Erickson de manière appropriée, à travers cette exploration, un adolescent se dirige progressivement vers une "formation d'identité" solide. Les adolescents bien ajustés peuvent se sentir à l'aise avec leurs choix actuels d'activités, de goûts, de passe-temps et d'amitiés, tout en restant ouverts à l'idée que leurs "identités" continueront d'être affinées au cours de leur jeune âge adulte. Les interactions entre pairs sont primordiales, et des liens peuvent être établis avec des membres de la famille pour favoriser la communication et la repartie sociale. Cette transition couvre la fin du lycée et au moins la première année de l'université, où l'exploration de nouvelles relations et de nouveaux intérêts, souvent dans un nouvel environnement loin de chez soi, est initiée. Avant de terminer le lycée, cependant, l'utilisation de cigarettes, d'alcool et de marijuana est plus élevée que dans les classes inférieures du lycée. L'Enquête nationale sur les comportements à risque chez les jeunes (YRBSS) de 2005 a rapporté que 17,1 pour cent des élèves de terminale avaient eu l'occasion de conduire sous l'influence de l'alcool, et 30 pour cent des élèves de terminale avaient été passagers avec des conducteurs ayant bu de l'alcool. La prévalence de l'utilisation fréquente de cigarettes à l'heure actuelle était de 13,9 pour cent chez les élèves de terminale. L'utilisation d'alcool dans le mois précédant l'enquête a été signalée par 52 pour cent des garçons de terminale et 49,6 pour cent des filles de terminale, avec une consommation excessive occasionnelle de plus de cinq boissons consécutives dans près d'un tiers (32,8 pour cent) des élèves de terminale. À l'échelle nationale, l'utilisation actuelle de la marijuana a été rapportée par 26,1 pour cent des garçons de terminale et 19,5 pour cent des filles de terminale. La cocaïne a été signalée comme étant utilisée dans le mois précédant l'enquête par 10,4 pour cent des garçons de terminale et 7,4 pour cent des filles de terminale.

Pendant cette période de la fin de l'adolescence, des études sur la fonction cérébrale soutiennent les hypothèses de la base sous-jacente des augmentations observées dans la capacité d'un adolescent à prêter attention aux stimuli entrants, à répondre aux signaux sociaux et à moduler son comportement pour atteindre des objectifs et réguler des actions impulsives. Les études en neuro-imagerie fournissent des preuves suggérant que pendant la fin de l'adolescence et même à l'âge adulte, les réseaux neuronaux du cortex préfrontal continuent à faciliter la mémoire de travail, la mémoire prospective (la capacité de se rappeler une intention de faire quelque chose dans un avenir proche tout en effectuant plusieurs tâches), la prise de perspective (comprendre le point de vue d'une autre personne) et la réponse aux autres tout en tenant compte de ses propres sentiments. Cette phase de l'adolescence est une période passionnante pour le développement de capacités cognitives affinées, de compétences sociales et de relations durables.^{viii}

5. Les COMPOSANTES DU DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENCE

➤ Développement physique

La croissance physique, associée à l'apparition du développement sexuel, est identifiée comme la "marque" de l'adolescence. La puberté est le processus par lequel les adolescents développent leur maturité physique et sexuelle, ainsi que leur capacité de reproduction. Le développement pubertaire commence en réponse à une augmentation de l'hormone de libération des gonadotrophines de l'hypothalamus. L'hypothalamus est influencé par de multiples facteurs physiologiques et psychologiques, et le début de la puberté peut être retardé ou modifié dans des situations de grave déprivation nutritionnelle. L'hormone de libération des gonadotrophines agit sur l'hypophyse pour libérer les hormones gonadotropes, l'hormone lutéinisante et l'hormone folliculostimulante. Ces deux hormones agissent à leur tour pour stimuler la production de diverses androgènes, de testostérone, d'estradiol et d'autres peptides. Le développement physique pendant la puberté est également régulé par deux autres peptides hypothalamiques, l'hormone de libération de l'hormone de croissance et la somatostatine, qui favorisent tous les deux la libération de l'hormone de croissance par l'hypophyse. La puberté se déroule au fil du temps en conjonction avec les impulsions et les boucles de rétroaction de ces gonadotrophines. Les premiers signes du processus pubertaire sont une augmentation du taux de croissance en termes de taille et de poids. Ce processus commence chez les filles vers l'âge de 10 ans environ. À l'âge de 11 ou 12 ans, de nombreuses filles surpassent nettement leurs camarades de classe masculins, qui n'expérimentent pas de poussée de croissance, en moyenne, avant leur 13e année. Les différences dans le développement des caractéristiques

sexuelles secondaires entre les filles et les garçons d'environ 13 ans sont encore plus frappantes. À l'âge de 13 ans, de nombreuses filles ont déjà eu leurs premières règles, et la majorité ont développé des seins et des poils pubiens. L'apparition initiale de poils pubiens dans les deux sexes peut survenir avant la puberté, lors de l'adrénaarche, qui dépend des hormones sécrétées par les glandes surrénales, plutôt que du développement gonadique.

Certains éléments du développement pubertaire sont identiques chez les garçons et les filles et comprennent une augmentation de la taille, du poids, de la masse musculaire et de la graisse, tandis que d'autres, tels que le développement des seins ou la croissance des poils du visage, sont spécifiques à un seul sexe. Il existe une grande variation dans la plage normale de début et de chronologie du développement pubertaire et de ses composantes. Cependant, il y a une séquence définie dans l'ordre dans lequel se déroule le développement pubertaire. Ainsi, les caractéristiques sexuelles secondaires chez les garçons, telles qu'une augmentation de la longueur et de la largeur du pénis, par exemple, surviendront après la libération des androgènes issus des testicules développés et agrandis.

- Stade 1 Pré-adolescent, mamelon surélevé Pénis, testicules, scrotum préadolescents
Pas de poils pubiens Pas de poils pubiens
- Stade 2 Bourgeon mammaire, petit monticule ; diamètre de l'aréole augmenté Taille du pénis inchangée, testicules et scrotum agrandis, avec des poils pubiens clairsemés et longs, principalement le long des lèvres Poils pubiens clairsemés et longs, principalement à la base du pénis
- Stade 3 Sein et aréole plus grands ; pas de séparation des contours Pénis allongé, avec une augmentation de la taille des testicules Poils pubiens plus foncés et plus grossiers ; répartis sur la zone pubienne Poils pubiens plus foncés et plus épais ; répartis sur la zone pubienne
- Stade 4 Taille des seins augmentée Aréole et mamelon surélevés Pénis augmenté en longueur et en largeur Testicules et scrotum plus gros Poils pubiens plus épais et plus épais ; couvrent moins de surface que chez les adultes, ne s'étendent pas jusqu'aux cuisses Poils pubiens plus épais et plus épais ; couvrent moins de surface que chez les adultes, ne s'étendent pas jusqu'aux cuisses
- Stade 5 Les seins ressemblent à ceux d'une femme adulte ; l'aréole s'est retirée pour épouser le contour du sein Pénis, testicules, scrotum semblent matures Poils pubiens

plus denses ; la zone s'étend jusqu'aux cuisses Poils pubiens plus denses ; la zone s'étend jusqu'aux cuisses

L'évaluation de la maturité sexuelle (EMS), également appelée stades de Tanner, varie de l'EMS 1 (pré-pubertaire) à l'EMS 5 (adulte). Les évaluations de l'EMS comprennent des stades de maturité génitale chez les garçons et de développement des seins chez les filles, ainsi que le développement des poils pubiens. Cependant, le développement des poils pubiens est une mesure moins fiable de la maturité sexuelle, car il peut apparaître en réponse aux androgènes sécrétés par les glandes surrénales avant même que le processus pubertaire n'ait réellement commencé. Le tableau 32.3-1 présente les EMS pour les garçons et les filles.

La principale caractéristique sexuelle féminine est l'ovulation, c'est-à-dire la libération d'ovules des follicules ovariens environ une fois tous les 28 jours. Lorsque les adolescentes atteignent l'EMS 3 à 4, les follicules ovariens produisent suffisamment d'œstrogènes pour entraîner la ménarche, c'est-à-dire le début des règles. Lorsque les adolescentes atteignent l'EMS 4 à 5, un follicule ovarien mûrit chaque mois et l'ovulation se produit. Les œstrogènes et la progestérone favorisent la maturation sexuelle, notamment le développement ultérieur des trompes de Fallope et du développement des seins.

Chez les adolescents garçons, la caractéristique sexuelle primaire est le développement des spermatozoïdes par les testicules. Chez les garçons, le développement des spermatozoïdes se produit en réponse à l'hormone folliculostimulante agissant sur les tubules séminifères à l'intérieur des testicules. Le processus pubertaire chez les garçons est marqué par la croissance des testicules stimulée par l'hormone lutéinisante. Il n'y a pas de signe discret de la formation de spermatozoïdes viables, mais il faut supposer qu'au moment où la capacité éjaculatoire se produit, des spermatozoïdes viables sont susceptibles d'être présents. La capacité d'éjaculation d'un adolescent garçon émerge généralement dans l'année qui suit l'atteinte de l'EMS 2.

Les caractéristiques sexuelles secondaires chez les garçons comprennent l'épaississement de la peau, l'élargissement des épaules et le développement des poils du visage.

En général, la majorité des adolescents s'adaptent bien aux changements de leur croissance physique et de leur maturation. Dans la mesure où la formation de l'identité globale est un processus graduel, les adolescents intègrent leur identité physique en développement dans leur identité d'adulte en évolution.

➤ **Maturation cognitive**

La maturation cognitive à l'adolescence englobe un large éventail de capacités élargies qui relèvent de la catégorie globale des "fonctions exécutives" du cerveau. Cela comprend la transition de la pensée concrète à une pensée plus abstraite ; une capacité accrue à tirer des conclusions logiques dans les domaines scientifiques, lors des interactions avec les pairs et dans des situations sociales ; ainsi que de nouvelles capacités d'auto observation et d'autorégulation. Tout cela se traduit par la capacité de l'adolescent à développer des hypothèses, à exprimer de l'altruisme, à créer des scénarios idéalistes et à développer des espoirs et des rêves pour l'avenir. Les adolescents acquièrent une conscience accrue de leurs dons et talents intellectuels, artistiques et sportifs, mais il faut souvent de nombreuses années pour qu'ils établissent une application pratique de ces capacités dans la vie d'adulte.

Le changement cognitif central qui se produit progressivement à l'adolescence est le passage de la pensée concrète (pensée opérationnelle concrète, selon Piaget) à la capacité de penser de manière abstraite (pensée opérationnelle formelle, dans la terminologie de Piaget). Selon Piaget, cette évolution se produit comme une adaptation à des stimuli qui demandent à un adolescent de produire des réponses hypothétiques, ainsi qu'en réponse aux capacités accrues de l'adolescent à fournir des généralisations à partir de situations spécifiques. Des études récentes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrant des preuves d'une augmentation préadolescente de la matière grise corticale dans le cerveau, peut-être due à une vague de production accrue de synapses, peut être un corrélat physique de la capacité de l'adolescent à développer une pensée abstraite élargie. Le développement de la pensée abstraite n'est pas une épiphanie soudaine, mais plutôt un processus graduel d'expansion des déductions logiques au-delà des expériences concrètes et d'acquisition de la capacité à penser de manière idéaliste et hypothétique basée sur la vie quotidienne. Les adolescents plus jeunes peuvent être capables de verbaliser une compréhension de constructions abstraites complexes, tout en réagissant de manière rigide et concrète aux situations. Par exemple, un jeune adolescent peut être capable de verbaliser la compréhension du lien entre la consommation de drogues et d'alcool et les risques pour la santé, mais ne peut pas imaginer que cela puisse lui arriver. De même, les adolescents croient souvent qu'ils peuvent "battre les probabilités", même s'ils comprennent la signification mathématique de la probabilité d'un événement. Les adolescents utilisent souvent un système de croyance omnipotent qui renforce leur sentiment d'immunité face au danger, même lorsqu'ils sont confrontés à des risques logiques. Une certaine dose de pensée magique propre à l'enfance continue de coexister avec une pensée abstraite plus mature chez de nombreux adolescents.

Malgré la persistance de la pensée magique à l'adolescence, la cognition adolescente diffère de celle des enfants plus jeunes en ce qui concerne une capacité accrue à l'auto observation et le développement de stratégies pour renforcer les forces et compenser les faiblesses. Par exemple, un adolescent qui prend conscience d'une faiblesse dans la réalisation du travail scolaire ou des tests dans le temps imparti à l'école peut réaliser qu'il connaît la matière mais ne peut pas bien performer dans les examens chronométrés et demandera à l'enseignant de lui accorder plus de temps pour les examens. La capacité à développer des stratégies pour survivre et à utiliser des méthodes proactives pour les concrétiser augmente pendant la période de l'adolescence. Une des tâches cognitives importantes à l'adolescence est d'identifier et de s'orienter vers les activités qui semblent correspondre aux forces cognitives de l'adolescent dans les cours académiques et dans la réflexion sur les aspirations futures. Piaget croyait que l'adaptation cognitive à l'adolescence était profondément influencée par les relations sociales et le dialogue entre les adolescents et leurs pairs, faisant de la cognition sociale une partie intégrante du développement cognitif à l'adolescence.

➤ **Socialisation**

La socialisation à l'adolescence englobe la capacité à trouver l'acceptation dans les relations entre pairs et, par conséquent, le développement de cognitions sociales plus matures permettant à l'adolescent d'accepter les autres. Il est de notoriété publique que, pour les jeunes adolescents, les compétences nécessaires au développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe de pairs, ainsi que la capacité à se conformer aux activités de ce groupe, revêtent une importance centrale pour le bien-être. Être perçu comme socialement compétent par les pairs est un élément essentiel de la construction d'une bonne estime de soi pour la plupart des jeunes adolescents. Les influences des pairs sont puissantes et peuvent favoriser des interactions sociales positives, mais elles peuvent aussi exercer une pression en faveur de comportements moins socialement acceptés, voire de comportements à haut risque. Appartenir à un groupe de pairs est, en général, un signe d'adaptation et une étape appropriée du développement dans la séparation d'avec les parents et le recentrage de la loyauté sur les amis. La cognition sociale, c'est-à-dire la manière dont les adolescents utilisent la logique et la raison dans leurs hypothèses sur leurs pairs et dans leurs interactions avec les pairs, a été explorée par Robert Selman. Après avoir interrogé des enfants et des adolescents sur leur interprétation de diverses interactions sociales, il a identifié des stades de cognition sociale. Chez les enfants d'âge scolaire et les préadolescents, Selman a décrit les cognitions sociales comme une "coopération par beau temps". Les amitiés sont caractéristiquement faites et

défaites, selon le niveau d'affiliation ou de désaccord lors de la dernière interaction sociale. Ainsi, les enfants âgés de 6 à 12 ans sont capables de participer à des échanges d'idées et d'opinions et de reconnaître les sentiments de leurs pairs, mais les relations ont souvent des hauts et des bas de manière discontinue en fonction des altercations et des moments de convivialité. Les amitiés se renforcent avec les bons moments répétés, mais, pour certains enfants d'âge scolaire, divers pairs sont souvent interchangeable, c'est-à-dire qu'un compagnon est recherché lorsque l'enfant a du temps libre, plutôt que par désir de passer du temps avec un ami spécifique.

À mesure que l'adolescence progresse, les amitiés deviennent plus individualisées, et des secrets personnels sont susceptibles d'être partagés avec un ami plutôt qu'un membre de la famille. Un certain niveau de confort est atteint avec un ou plusieurs pairs de jeunes adolescents, et le groupe peut "rester ensemble", passant la plupart de son temps libre ensemble. Au début de l'adolescence, un mélange de ces deux modes sociaux peut apparaître, de petits "clans" peuvent se former et, même au sein des clans, la compétition et les jalousies concernant les dyades "préférées" ou les plus hautement classées au sein du clan peuvent entraîner des discontinuités dans les relations. Plus tard dans l'adolescence, le groupe de pairs se solidifie, ce qui entraîne une plus grande stabilité des amitiés et une plus grande réciprocité dans la qualité des interactions.

➤ **Développement moral**

Le raisonnement moral chez les adolescents dépend de la maturation des stratégies cognitives pour la résolution de problèmes, des conventions sociales, de l'exposition aux attitudes familiales et des valeurs personnelles adoptées. La morale est un ensemble de valeurs et de croyances sur les codes de comportement qui correspondent à ceux partagés par d'autres dans la société. Les adolescents, comme les enfants plus jeunes, ont tendance à développer des modèles de comportement caractéristiques de leur environnement familial et éducatif et à imiter des pairs et des adultes spécifiques qu'ils admirent. Le développement moral n'est pas strictement lié à l'âge chronologique, mais découle plutôt du développement cognitif. Piaget a décrit le développement moral comme un processus progressif parallèle au développement cognitif, avec des capacités accrues pour différencier les intérêts de la société de ceux des individus se produisant à la fin de l'adolescence. Le développement des tendances dans le jugement moral a été divisé en niveaux par Lawrence Kohlberg, qui a posé des "dilemmes moraux" à des enfants et des adolescents, puis a caractérisé leurs réponses. Selon Kohlberg, la moralité peut être divisée en préconventionnelle, conventionnelle et postconventionnelle.

Avant l'adolescence, les décisions concernant des actions qui sont peu définies comme "justes" et "fausses" dépendent de la conséquence anticipée de ces actions. Les enfants en âge scolaire, par exemple, définis comme utilisant le niveau 1 de la moralité préconventionnelle, peuvent définir des actions qui entraînent des conséquences négatives ou une punition comme "fausses" simplement en raison des conséquences qui peuvent en découler. La caractéristique la plus importante de "juste" devient alors la capacité à "s'en sortir", et ce n'est "faux" que s'il y a une punition associée. Certains jeunes adolescents, qui fonctionnent encore dans la catégorie de la moralité préconventionnelle mais d'un niveau supérieur (niveau 2), peuvent définir "juste" et "faux" comme synonymes de ce qui est perçu comme équitable et réciproque. Ainsi, la philosophie "un œil pour un œil, une dent pour une dent" peut prévaloir à ce stade de la moralité. À l'adolescence, la moralité conventionnelle, niveau 3, devient prédominante, avec l'idée qu'il y a un "juste" et un "faux" déterminés par la société, souvent sans la possibilité de circonstances atténuantes ou exténuantes. Les adolescents qui adoptent ce niveau de moralité sont souvent rigides dans leur conception du "bien" et du "mal" et incapables de trouver un rôle pour la motivation dans leur jugement des comportements.

Ainsi, les adolescents peuvent souvent adopter le point de vue d'appliquer les sanctions les plus sévères que la société puisse offrir lorsqu'on leur demande de juger des situations morales complexes, par exemple, un homme pauvre qui vole une pharmacie pour obtenir un médicament vital pour son enfant. Plus tard à l'adolescence, au niveau 4, une meilleure compréhension des règles de la société peut être adoptée dans le contexte de la moralité conventionnelle. Ce n'est généralement qu'à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte que les complexités de la prise de décision morale sont reconnues et intégrées dans leur réflexion. La moralité postconventionnelle (niveau 5), selon Kohlberg, implique la capacité d'interpréter des dilemmes moraux complexes dans lesquels les meilleures décisions morales d'un individu peuvent entrer en conflit avec les normes morales de la société. À ce niveau de réflexion, les adolescents sont plus flexibles dans leur compréhension du "juste" et du "faux". Le concept de circonstances atténuantes est compris à ce niveau de la pensée morale, permettant des exceptions aux règles qui sont normalement suivies. Kohlberg a postulé un dernier niveau supérieur de développement moral postconventionnel qu'il a appelé niveau 6, dans lequel un individu est capable de reconnaître un impératif moral universel qui pourrait primer sur les valeurs morales standard de la société. Bien que les notions de développement moral de Kohlberg et Piaget se concentrent sur une théorie unifiée de la maturation cognitive pour les deux sexes, Carol Gilligan met l'accent sur le contexte social du développement

moral conduisant à des modèles divergents de développement moral. Gilligan souligne que, chez les femmes, la compassion et l'éthique de la sollicitude sont des caractéristiques dominantes de la prise de décision morale, tandis que, chez les hommes, les caractéristiques prédominantes des jugements moraux sont liées à une perception de la justice, de la rationalité et de l'équité.

➤ **L'estime de soi :**

Les enquêtes épidémiologiques suggèrent que la majorité des adolescents relèvent les défis de leur développement physique et émotionnel avec optimisme et une estime de soi solide. L'estime de soi est une mesure composite de la perception de sa propre valeur basée sur le succès et les réalisations perçus, ainsi que sur la perception de la valeur que l'on accorde aux yeux de ses pairs, de sa famille, de ses enseignants et de la société en général. Les corrélats les plus importants d'une bonne estime de soi sont la perception d'une apparence physique positive et d'une grande valeur aux yeux de ses pairs et de sa famille. Les caractéristiques secondaires de l'estime de soi sont liées à la réussite scolaire, aux capacités athlétiques et aux talents particuliers. L'estime de soi des adolescents est en grande partie influencée par les réactions positives reçues de leur groupe de pairs et de leur famille, et les adolescents cherchent souvent un groupe de pairs qui leur offre une acceptation, quelles que soient les comportements négatifs associés à ce groupe. Il existe également des facteurs de développement qui influencent les cognitions des adolescents à propos d'eux-mêmes et qui affectent les évaluations globales de l'estime de soi dans ce groupe d'âge. Les études comparant l'estime de soi déclarée tout au long de la vie indiquent qu'il existe des tendances dans les évaluations de l'estime de soi qui sont liées à l'âge. À partir de l'adolescence, il existe également des différences de genre dans l'estime de soi déclarée.

Un récent rapport examinant les mesures globales de l'estime de soi chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents de 13 à 17 ans et les jeunes adultes de 18 à 22 ans, a trouvé des différences de groupe en fonction de l'âge. Dans l'ensemble, l'estime de soi déclarée était la plus élevée chez les enfants d'âge scolaire par rapport aux adolescents et aux jeunes adultes, et les garçons et les filles étaient identiques dans leurs auto-évaluations. Au cours de l'adolescence, les rapports globaux sur l'estime de soi ont diminué, avec une baisse deux fois plus importante chez les adolescentes que chez les adolescents. L'estime de soi, au niveau du groupe, a continué de diminuer au cours des années de lycée, a augmenté chez les jeunes adultes pendant les années universitaires et a continué d'augmenter au début et au milieu de l'âge adulte. Les filles ont continué à s'attribuer une estime de soi généralement plus faible à

l'âge adulte. La question se pose de savoir comment la plupart des adolescents interrogés rapportent une adaptation relativement bonne et, en même temps, ont connu une baisse de leur estime de soi. Ces données semblent refléter l'estime de soi "gonflée" des enfants d'âge scolaire, qui peuvent se percevoir comme meilleurs, plus intelligents et plus capables qu'ils ne le sont réellement. Pendant l'adolescence, il est tout à fait possible que même les individus bien adaptés réalisent qu'ils ne sont pas aussi exceptionnels qu'ils le croyaient. Les adolescents semblent être plus conscients de leurs lacunes et, par conséquent, ont obtenu des scores auto-déclarés plus bas aux mesures de l'estime de soi. En revanche, chez les jeunes adultes, avec l'expansion des capacités cognitives d'auto-régulation, l'estime de soi déclarée augmente et continue d'augmenter jusqu'au milieu de la vie adulte.

➤ **Le développement cérébral à l'adolescence : la corrélations avec les changements émotionnels, sociaux et cognitifs :**

Au cours de l'adolescence, des changements qualitatifs significatifs dans la pensée sont démontrés par une plus grande capacité à discriminer les indices émotionnels, une prise de conscience accrue de soi, une attention sélective à l'information et une inhibition accrue des réponses. Les changements les plus spectaculaires dans les capacités cognitives sont peut-être une capacité accrue de raisonnement abstrait, de planification et de modulation des émotions. Des études récentes en neuroimagerie fournissent des preuves du développement structurel et fonctionnel du cerveau à l'adolescence, censé être en corrélation avec les changements dans les capacités cognitives et les réponses sociales. Il est bien connu, d'après des études sur les cerveaux d'enfants et d'adolescents post-mortem, qu'après la puberté, il y a une myélinisation accrue des axones dans le cortex frontal, ce qui permet d'accélérer la transmission dans cette région du cerveau. De plus, bien que l'on sache que les synapses augmentent en densité avec le temps à mesure que les enfants grandissent, dans les cerveaux d'adolescents, la prolifération synaptique (synaptogenèse) dans le cortex préfrontal est suivie d'une élagage synaptique significatif, entraînant une diminution nette de la densité des synapses (matière grise) dans les lobes frontaux, ce qui est censé être essentiel pour le réglage fin des circuits synaptiques pendant l'adolescence. Au cours de la dernière décennie, l'IRM et l'IRM fonctionnelle (IRMf) sont devenues des modalités importantes pour l'étude de la structure et de la fonction des cerveaux d'adolescents.

Par exemple, l'IRM a pu fournir des preuves d'une augmentation relative linéaire de la matière blanche dans les cortex frontal et pariétal des adolescents, tandis que la matière grise a été trouvée à avoir une diminution non linéaire de la densité chez les adolescents. Autrement dit, à la puberté, le volume de la matière grise est à son maximum, suivi d'un plateau après la puberté, puis d'un déclin tout au long de l'adolescence. Cela correspond à la réorganisation synaptique censée sous-tendre la montée en flèche des fonctions cognitives et sociales de haut niveau observée chez les adolescents. Deux régions du cerveau constamment montrées par l'IRM comme présentant des changements structurels pendant l'adolescence sont le cortex préfrontal et le cortex pariétal. Les études en neuroimagerie indiquent que le cortex préfrontal mûrit plus lentement que d'autres zones du cerveau et que son développement est corrélé à une capacité accrue des adolescents à inhiber les réponses comportementales. Le cortex préfrontal est connu pour médier la "fonction exécutive", c'est-à-dire les compétences liées à la mémoire de travail, à l'attention sélective et à l'inhibition volontaire des réponses. En plus de la fonction exécutive, le cortex préfrontal est censé être impliqué dans les compétences sociales et cognitives telles que la prise de conscience de soi et le développement de la compréhension de la perspective d'une autre personne. Des études récentes ont fourni des preuves d'une amélioration linéaire des performances en fonction de l'âge sur certaines tâches de la fonction exécutive, telles que celles impliquant l'attention sélective, la mémoire de travail et la résolution de problèmes. Cela soutient l'idée d'une amélioration des performances dans ces tâches en fonction de l'élitage et de la réorganisation synaptique du cortex préfrontal. La cognition sociale, en particulier la reconnaissance des expressions faciales d'émotion, a été récemment étudiée chez les adolescents en bonne santé. L'amygdale, une région du cerveau associée au traitement des émotions, a été activée par l'IRMf chez les adolescents exposés à des expressions faciales de peur et en réponse à des visages heureux par rapport à des visages neutres. Chez les adolescents, l'activité de l'amygdale gauche en présence de visages effrayés a diminué chez les filles mais pas chez les garçons. Les adolescentes ont également montré une plus grande activation du cortex préfrontal dorsolatéral, tandis que les adolescents n'ont pas montré ce schéma. On a émis l'hypothèse que le schéma de diminution de l'amygdale et d'augmentation de l'activation préfrontale chez les adolescentes reflète une plus grande maturité dans la régulation des expériences émotionnelles chez elles par rapport aux adolescents de sexe masculin. Dans l'ensemble, tant les études en IRM structurelle que fonctionnelle impliquent la puberté comme une période de réorganisation synaptique dans le cortex préfrontal et pariétal, ce qui pourrait placer le cerveau de l'adolescent dans un état de sensibilisation en ce qui concerne le développement

des fonctions exécutives et des compétences cognitives sociales. Il est clair que le cerveau de l'adolescent continue de se développer structurellement, et les relations entre ces changements structurels et les réponses comportementales et émotionnelles méritent une enquête plus approfondie.

➤ **Le comportements à risque :**

La prise de risque raisonnable est une entreprise nécessaire à l'adolescence, menant à la confiance dans la formation de nouvelles relations et à la compétence dans les sports et les situations sociales.

Cependant, les comportements à haut risque chez cette génération d'adolescents sont associés à des conséquences négatives graves et peuvent revêtir de nombreuses formes, notamment la consommation de drogues et d'alcool, les pratiques sexuelles non sécurisées, les comportements d'automutilation et la conduite imprudente. L'alcool est la substance la plus couramment utilisée parmi les adolescents et est associé à de multiples comportements à haut risque, tels que des accidents de la route entraînant des blessures et la mort, la détérioration scolaire, les bagarres et les comportements criminels. Selon une récente enquête des National Institutes of Health, presque un tiers des élèves de dernière année du lycée ont signalé une consommation excessive d'alcool (définie comme au moins cinq verres consécutifs en une seule fois). Les taux de consommation d'alcool sont restés stables au cours des dernières années chez les adolescents, avec plus d'un tiers des élèves de sexe masculin et environ un quart des élèves de sexe féminin signalant une consommation excessive d'alcool. Une récente étude longitudinale sur la consommation d'alcool chez les adolescents suivis à l'âge adulte a confirmé le niveau élevé de continuité de ce comportement. La consommation fréquente et excessive d'alcool chez les adolescents était associée à des comportements antisociaux futurs, ainsi qu'à une augmentation des niveaux de dépression. De plus, même des niveaux plus faibles de consommation d'alcool prédisaient des problèmes similaires lorsque les adolescents entraient dans la vie adulte. Cela implique la nécessité d'interventions préventives pendant l'adolescence pour les adolescents qui consomment de l'alcool, même si le comportement de consommation ne semble pas fréquent ou sérieux. Les drogues illicites, y compris la marijuana, la cocaïne, l'héroïne, les hallucinogènes, l'ecstasy et les amphétamines, posent également un risque sérieux pour la santé des adolescents. Une récente enquête du National Institute on Drug Abuse a indiqué qu'environ 10 % des jeunes adolescents utilisaient une substance illicite au cours d'un mois donné, et chez les adolescents plus âgés, environ 25 % utilisaient des drogues illicites au cours d'un mois donné. Chez les jeunes adolescents, les

garçons et les filles avaient des taux de consommation de drogues similaires, tandis que les garçons plus âgés avaient des taux légèrement plus élevés. Bien qu'il y ait de vastes différences entre les adolescents qui avaient expérimenté rarement la marijuana et les adolescents qui consommaient des drogues quotidiennement, le grand nombre d'adolescents engagés dans ces comportements à tous les niveaux est préoccupant du point de vue de la santé publique. De plus, l'utilisation de substances illicites est également associée à des crimes juvéniles et à des comportements violents. Au cours des dernières années, les taux de victimisation des crimes violents, y compris les voies de fait aggravées, les vols, les viols et les homicides, selon les statistiques du département de la Justice des États-Unis, se situent dans une fourchette de 20 crimes pour 1 000 adolescents par an. Ce taux est environ deux fois supérieur au taux de victimisation des crimes chez les adultes. Les adolescents de sexe masculin ont environ deux fois plus de chances d'être victimes de crimes violents graves que les adolescentes, les jeunes adolescents de 12 à 14 ans étant tout aussi susceptibles d'être victimes que les adolescents plus âgés de 15 à 17 ans. Ces statistiques graves indiquent la nécessité d'identifier les facteurs de risque et de trouver des facteurs protecteurs pour la jeunesse d'aujourd'hui.

Les adolescents qui s'adonnent régulièrement à des comportements à haut risque sont susceptibles d'être ceux qui bénéficient d'une supervision parentale insuffisante, de faibles niveaux d'investissement dans les poursuites académiques et d'une faible implication dans des activités parascolaires structurées. Il a été démontré que le comportement prosocial des adolescents est associé à la participation des jeunes à des clubs scolaires, à des équipes sportives et à des organisations communautaires parrainant des activités sociales supervisées. Identifier les adolescents présentant des comportements à haut risque n'est pas toujours faisable avant que ces comportements à haut risque n'entraînent des conséquences académiques ou légales. Une fois que cela se produit, un adolescent donné peut être identifié comme étant à "haut risque" de difficultés futures et, idéalement, devrait être suivi par un conseiller à l'école, un thérapeute externe et, dans certains cas, par le système juridique. Il n'est pas toujours facile, à première vue, de distinguer les adolescents qui s'adonnent à une expérimentation normale de ceux qui sont impliqués dans des comportements à haut risque. Lorsqu'il existe des preuves qu'un adolescent s'adonne fréquemment à la consommation d'alcool ou de drogues, à des comportements imprudents ou à des activités criminelles, des interventions psychosociales urgentes sont nécessaires. Dans les cas moins évidents, les adolescents qui rencontrent des difficultés académiques persistantes, qui ne participent à

aucune activité structurée parascolaire et qui sont socialement isolés peuvent également avoir besoin d'une évaluation psychiatrique. Une récente enquête sur les comportements à haut risque chez les adolescents dans un contexte de clinique médicale de soins primaires a révélé que la présence de tatouages et de piercings corporels était associée à une probabilité plus élevée de comportements à haut risque. Dans la population générale, environ 10 à 13 % des adolescents ont des tatouages, contre 5 % de l'ensemble de la population, y compris tous les âges. Les piercings corporels sont également devenus plus courants parmi les adolescents depuis les années 1980. Sur les plus de 500 adolescents interrogés dans cette étude, 13,2 % ont déclaré posséder au moins un tatouage, et 26,9 % ont signalé avoir eu au moins un piercing corporel, autre que dans le lobe de l'oreille, à un moment de leur vie. Les tatouages et les piercings corporels étaient plus courants chez les filles que chez les garçons (16,6 % contre 8,1 % pour les tatouages, 36,7 % contre 10,1 % pour les piercings corporels). Les adolescents qui ont déclaré posséder au moins un tatouage ou un piercing corporel étaient plus susceptibles de consommer des drogues d'initiation (cigarettes, alcool, marijuana) et d'avoir eu des expériences avec des drogues dures (cocaïne, méthamphétamine cristalline et ecstasy). Les adolescentes avec des tatouages ou des piercings corporels, en particulier les plus jeunes, étaient plus susceptibles de signaler une histoire d'idéation suicidaire ou de comportements suicidaires. Les adolescents de sexe masculin avec des tatouages et les adolescentes avec des piercings corporels étaient plus susceptibles de signaler une histoire de participation à des bagarres physiques, de port d'armes ou de blessures corporelles résultant de bagarres physiques. Les adolescents avec des tatouages ou des piercings étaient plus fréquemment sexuellement actifs que ceux sans tatouages ou piercings et plus exposés à des comportements sexuels non sécurisés. Dans l'ensemble, la présence de tatouages ou de piercings corporels n'indique pas nécessairement des comportements à haut risque chez les adolescents, mais elle est associée à un risque plus élevé parmi les adolescents de s'engager dans ces comportements. Inversement, de nombreux adolescents présentant des comportements à haut risque graves ne possèdent pas de tatouages ou de piercings corporels. Compte tenu des graves conséquences de la consommation d'alcool et de drogues et de la violence chez les adolescents, l'investigation de ces comportements devrait faire partie intégrante de chaque évaluation des soins de santé.

6. Les syndromes psychiatriques de l'adolescent :

se divisent en trois catégories :

les troubles persistants de l'enfance .

les troubles survenant à l'adolescence.

Les troubles majeurs ressemblant à des troubles adultes survenant à l'adolescence .

La prévalence des trouble psychiatrique à l'adolescence : Cela varie largement, de 10 % à 20 %, en fonction de la population étudiée, des critères diagnostiques et de la tranche d'âge.

La plupart des études montrent cependant un schéma constant en ce qui concerne le ratio homme/femme, les différences entre les zones urbaines et rurales et la gamme des syndromes cliniques. Contrairement à la petite enfance, où les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les garçons, la période de l'adolescence montre un changement vers un ratio homme/femme égal au début de l'adolescence, suivi d'une prédominance féminine ultérieure à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte. Les taux de prévalence dans les populations urbaines sont au moins deux fois supérieurs à ceux des populations rurales. La schizophrénie, les troubles affectifs majeurs, le suicide et les tentatives de suicide, l'anorexie et les abus de substances commencent à apparaître fréquemment à l'adolescence, tandis que l'encoprésie ou l'énurésie diminuent considérablement.

6.1 Les troubles persistants de l'enfance :

Les troubles de l'enfance ont plus de chances de se poursuivre à l'adolescence lorsque l'un ou plusieurs des facteurs suivants sont présents : un facteur constitutionnel majeur du syndrome ; les circonstances adverses à l'origine du trouble sont toujours présentes ; et les facteurs de perpétuation ou de maintien sont prédominants. L'étude de suivi des enfants de 10 ans de l'étude IOW (Rutter et al 1975) a montré que 40 % des troubles avaient persisté à l'adolescence, avec une forte continuité pour les garçons atteints de trouble des conduites et de problèmes éducatifs associés.

Trouble des conduites Le caractère oppositionnel et défiant du trouble des conduites signifie qu'il est très susceptible d'être exacerbé par la nature rebelle et anti-autoritaire du comportement adolescent ordinaire.

Eléments prédicteurs de la persistance du trouble des conduites de l'enfance : début précoce des symptômes ; symptomatologie extensive et variée ; et gravité des comportements agressifs. Les caractéristiques tempéramentales adverses combinées à une exposition continue à la psychopathologie familiale déviante, telle qu'une éducation déficiente et inefficace, une

mésentente conjugale ou des troubles psychiatriques des parents, sont considérées comme des facteurs importants maintenant le trouble des conduites.

La persistance des troubles de l'apprentissage fréquemment associés est une autre source de frustration et de désillusion pour l'adolescent, entraînant des conflits avec les enseignants et une réticence à fréquenter l'école.

- Troubles émotionnels Les troubles émotionnels ont généralement un bon pronostic, souvent parce qu'ils surviennent en réponse à un stress identifiable mais remédiable. Par conséquent, un trouble émotionnel persistant à l'adolescence implique une cause sous-jacente plus grave. Le syndrome de refus scolaire est la condition la plus susceptible de montrer une continuité depuis la petite enfance. Il peut réapparaître lors du passage de l'école primaire à l'école secondaire, ou au début de la scolarité secondaire. Une histoire précédente de difficultés de séparation, par exemple au début de la maternelle ou de l'école primaire et/ou une relation surprotectrice entre l'enfant et les parents, est courante. La nécessité accrue d'indépendance, d'autonomie et d'assertivité à l'école secondaire peut s'avérer trop lourde pour l'adolescent vulnérable.
- Troubles du spectre autistique Les comportements autistiques visibles et l'hyperactivité chez les jeunes enfants atteints d'autisme infantile diminuent souvent à l'adolescence, bien que les déficiences essentielles dans les compétences sociales et de communication persistent. Les troubles éducatifs et d'apprentissage sont très évidents. L'épilepsie se développe également chez environ 15 % des individus, avec un risque accru en présence d'un handicap mental sévère. Les TSA précédemment non diagnostiqués peuvent devenir évidents lors des transitions ou lorsque les demandes sociales augmentent.
- Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) L'hyperactivité diminue généralement pendant l'adolescence, mais les problèmes persistants de comportement antisocial, d'impulsivité, d'irréflexion, de distractibilité et de troubles de l'apprentissage signifient que l'adolescent atteint de TDAH a de fortes chances de rester perturbé. Les taux de persistance à l'âge adulte peuvent être plus élevés que précédemment pensé, bien que les chiffres exacts varient considérablement selon les rapports.

6.2 Les troubles survenant à l'adolescence

Ils peuvent être divisés en deux catégories : ceux liés au stress de l'adolescence et les troubles majeurs ressemblant à des troubles adultes survenant à l'adolescence.

Troubles liés au stress de l'adolescence

Pendant l'adolescence, la distinction entre le comportement normal et anormal est souvent imprécise, il est donc plus important de comprendre pourquoi le comportement de l'adolescent suscite tant d'inquiétude que de savoir s'il remplit les critères d'un trouble dans un système de classification diagnostique.

Dans de nombreux cas, des conflits surviennent entre l'adolescent et les parents concernant l'indépendance et les problèmes de contrôle. Associée à la pression des pairs, cela conduit souvent l'adolescent à adopter un comportement antisocial ou trouble des conduites. La délinquance, le vandalisme et les comportements incontrôlés sont courants, parfois associés à un schéma d'abus d'alcool ou de drogues. Le trouble antisocial persistant se termine souvent par un comportement criminel et une arrestation par la police.

Les problèmes familiaux concomitants avec une capacité limitée à résoudre les problèmes contribuent également à la gravité du trouble. Finalement, il peut être nécessaire pour l'adolescent de quitter le domicile familial et de bénéficier d'autres arrangements de prise en charge, par exemple avec des parents d'accueil ou des travailleurs sociaux communautaires. Une autre solution parfois adoptée par l'adolescent est de fuguer. Bien que la majorité des fugueurs finissent par rentrer chez eux, une minorité reste à l'écart et s'implique dans la sous-culture des sans-abris que l'on trouve dans les grandes villes. Les réponses neurotiques ou émotionnelles courantes au stress de l'adolescence sont des symptômes affectifs tels que l'irritabilité, la labilité de l'humeur et les symptômes d'anxiété, en particulier liés aux situations sociales ou à la fréquentation des pairs. Ces derniers peuvent parfois entraîner un retrait social marqué. Le refus scolaire peut parfois se présenter pour la première fois au début de l'adolescence, lorsque cela représente une combinaison du stress de l'adolescence et du réveil d'une relation parent-enfant surprotectrice antérieure. Les symptômes d'anxiété se manifestent souvent sous forme de plaintes physiques telles que des maux de tête ou des douleurs abdominales. L'exclusion rapide de la pathologie organique avec un minimum d'investigation est essentielle pour éviter l'élaboration secondaire de la symptomatologie physique. Un retard dans la reconnaissance de la base psychologique sous-jacente du problème aggrave considérablement les difficultés. Pour une minorité significative d'adolescents, le pronostic n'est pas bon, avec jusqu'à un tiers d'entre eux ne parvenant pas à

maintenir une fréquentation régulière de l'école. Un pronostic médiocre est généralement le signe d'une psychopathologie familiale sous-jacente plus grave. Les études de suivi à l'âge adulte ont montré que les symptômes anxieux ou agora-phobiques sont présents chez environ 20 % (Berg 1992). Le trouble obsessionnel-compulsif commence parfois à l'adolescence, où il peut représenter une réponse mal adaptée au stress de l'adolescence. Il y a souvent une histoire de traits obsessionnels et anxieux de l'enfance. L'élément clé dans le maintien et l'aggravation du trouble est généralement la volonté de la famille de participer au comportement rituel. Les IRS tels que la sertraline et la fluvoxamine se sont révélés efficaces pour réduire les symptômes du TOC, mais sont plus efficaces lorsqu'ils sont associés à une thérapie cognitivo-comportementale (King et al. 1998).

6.3 Troubles majeurs ressemblant à des troubles adultes survenant à l'adolescence :

Trois catégories de troubles, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et l'anorexie mentale, commencent à se produire de plus en plus fréquemment pendant l'adolescence.

- Schizophrénie (Hollis 2000) Il s'agit d'une maladie rare chez l'enfant. Même pendant l'adolescence, sa fréquence est de moins de 3 pour 10 000. Le diagnostic chez les adolescents se fait en utilisant les mêmes critères que pour la schizophrénie de début adulte. Chez les adolescents, la présentation habituelle est insidieuse plutôt que flamboyante, avec un retrait social progressif et une préoccupation interne accrue.

Les symptômes dysphoriques sont fréquents, de sorte qu'un diagnostic de trouble affectif est parfois posé. L'adolescent est souvent capable de dissimuler ses idées bizarres à ses parents et à ses pairs. Cependant, c'est la présence d'un comportement de plus en plus imprévisible et erratique qui indique quelque chose de plus grave. La possibilité de mauvais usage de drogues est une alternative diagnostique importante.

Il existe des preuves solides d'un composant génétique, avec environ 20 % des parents atteints de la maladie (Hollis 2000). L'étude de suivi à long terme de la psychose de début précoce du Maudsley (Hollis 2000) a montré qu'un tiers avait des difficultés sociales significatives en période prémorbide affectant la capacité à se faire et à garder des amis. Il y avait aussi une baisse du quotient intellectuel, avec un QI moyen de 85. La matière grise corticale a été trouvée en volume à diminuer plus rapidement chez les individus atteints de schizophrénie de

début enfance que chez les témoins en développement typique. Le schéma de perte de matière grise imite celui observé dans la schizophrénie de début adulte (Gogtay 2008).

Le traitement doit être complet et inclure des médicaments, une thérapie individuelle et familiale ainsi qu'une aide à l'éducation. Les antipsychotiques traditionnels tels que la chlorpromazine et l'halopéridol sont efficaces, en particulier pour les symptômes positifs, mais les effets secondaires tels que les effets extrapyramidaux et la somnolence affectent négativement la conformité. Par conséquent, les nouveaux antipsychotiques tels que la rispéridone et l'olanzapine, avec leurs profils d'effets secondaires différents, sont désormais les médicaments de premier choix. Lorsque le traitement par des médicaments de première intention est inefficace, une sérieuse considération doit être donnée à la clozapine. Ce médicament a été montré efficace pour la schizophrénie résistante au traitement chez les adultes, et des rapports prometteurs ont été publiés pour les adolescents. Un dépistage et une surveillance attentifs des effets secondaires, en particulier des dyscrasies sanguines, sont nécessaires lors de l'utilisation de la clozapine.

Le trouble a tendance à suivre un cours chronique, avec seulement une minorité faisant une récupération symptomatique complète - seuls 12 % des patients de l'étude du Maudsley étaient en rémission à 6 mois. Le meilleur indicateur pronostique était l'état clinique à ce moment-là. Les caractéristiques pronostiques défavorables comprennent un fonctionnement prémorbide médiocre, des symptômes négatifs et une longue période de maladie non traitée.

- Troubles de l'humeur (Goodyer 1995, Park & Goodyer 2000) Cette section couvre la dépression en tant que symptôme ; les troubles dépressifs ; le trouble affectif bipolaire ; le suicide et la tentative de suicide.

La dépression symptomatique : À l'adolescence, comme à l'âge adulte, la dépression peut se présenter de différentes manières : en tant qu'état d'humeur transitoire ; en tant que symptôme dans d'autres troubles psychiatriques, par exemple les états anxieux ; en tant que symptôme dans des maladies physiques, par exemple la mononucléose infectieuse ; et en tant que partie d'un complexe symptomatique dans le trouble dépressif majeur.

Les études épidémiologiques ont montré une prévalence croissante de la symptomatologie dépressive de l'enfance à l'adolescence.

Rutter et al. (1976) ont constaté que les adolescents avaient éprouvé des sentiments de misère et de dépression (40 %), de dépréciation de soi (20 %) et des pensées suicidaires (7 %) à un

moment ou à un autre. Il convient de souligner que se sentir déprimé et misérable de temps en temps n'est pas en soi pathologique à l'adolescence. Cependant, s'il y a des inquiétudes que la morosité soit envahissante et soit accompagnée d'autres symptômes d'un trouble dépressif, une orientation rapide vers une évaluation, un soutien et un traitement appropriés est nécessaire.

Les Troubles dépressifs : Tant la CIM que la classification du DSM indiquent désormais que la dépression chez les enfants et les adolescents devrait avoir les mêmes caractéristiques que chez les adultes. Ils reconnaissent les caractéristiques centrales suivantes : un état d'humeur déprimé anormal pendant au moins 2 semaines ; une perte marquée d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités ; une diminution de l'énergie ou une fatigue accrue. Les caractéristiques supplémentaires incluent : une perte de confiance et d'estime de soi ; des sentiments de culpabilité déraisonnables ou de reproche envers soi-même ; des pensées suicidaires ; une mauvaise concentration et une indécision ; une agitation ou un retard psychomoteur ; des troubles du sommeil ; et une perte d'appétit. Les troubles dépressifs sont relativement courants chez les adolescents, avec des estimations de prévalence ponctuelle variant entre 3 % et 8 %, avec une incidence égale chez les hommes et les femmes (Kapornai&Vetro 2008).

- Il n'y a pas de théorie étiologique adéquate unique pour la dépression de l'enfant ou de l'adolescent, mais des preuves montrent que des facteurs génétiques et environnementaux sont impliqués et peuvent interagir les uns avec les autres. Les études sur les jumeaux, les études d'adoption et les études familiales fournissent des preuves d'un composant génétique, bien que la taille de l'effet ne soit pas connue. Les facteurs de risque environnementaux incluent la perte parentale, les discords conjugales/divorces, les abus et la négligence. Les mécanismes suggérés par lesquels ces facteurs exercent des effets dépressifs vont de la perspective psychanalytique traditionnelle à la théorie cognitive de Beck et al. (1979).
- Cela implique une entrevue détaillée et sensible de l'adolescent, généralement seul, ainsi qu'une évaluation de l'adolescent et de sa famille. L'évaluation de la famille est utile pour deux raisons : le comportement de l'adolescent peut être vu dans le contexte du fonctionnement familial actuel ; et d'autres sources de stress pour l'adolescent ou la famille peuvent être identifiées. Les symptômes physiques sont fréquemment présents

chez les adolescents déprimés, bien que les résultats ne soient pas spécifiques, car les adolescents anxieux ont souvent aussi des symptômes physiques. Le diagnostic différentiel doit comprendre la distinction entre la tristesse ou le malheur normaux ; d'autres affections psychiatriques avec une symptomatologie dépressive, par exemple l'anorexie mentale ; et des maladies physiques telles que la mononucléose infectieuse ou la grippe.

- Un ensemble de traitement complet est le plus susceptible d'être le plus efficace. Les composantes comprennent la thérapie individuelle et familiale, la réduction ou l'atténuation des circonstances stressantes, et le traitement médicamenteux. L'accent relatif et la séquence des traitements dépendent de l'évaluation. Les directives de l'Institut national britannique d'excellence clinique (NICE) suggèrent que la thérapie psychologique devrait être proposée à tous les adolescents souffrant de dépression, tandis que le traitement médicamenteux devrait être réservé en tant qu'adjonction à la psychothérapie chez ceux souffrant de dépression modérée à sévère.

Le but de la thérapie individuelle varie largement en fonction de l'évaluation et du style thérapeutique du clinicien. Les objectifs communs d'une approche individuelle sont les suivants : établir une relation de confiance avec l'adolescent, permettre à l'adolescent de se sentir compris et accepté, et permettre à l'adolescent de révéler ses préoccupations et ses angoisses, y compris ses pensées suicidaires. Au-delà de ces objectifs fondamentaux, l'approche thérapeutique est variée, allant de la psychothérapie axée sur l'insight psychodynamique à la thérapie cognitivo-comportementale.

Le travail avec la famille est souvent entrepris davantage pour améliorer la communication entre les membres que pour traiter spécifiquement les dysfonctionnements familiaux. Les séances familiales sont extrêmement utiles au début du traitement pour discuter des événements d'importance émotionnelle qui ont pu survenir récemment mais n'ont pas été discutés, par exemple une maladie familiale ou un deuil. Ces séances offrent également l'opportunité de discuter des moyens de réduire toute source manifeste de stress ou d'anxiété pour l'adolescent. Les sources de stress courantes incluent le manque d'amis, le harcèlement à l'école et le sentiment de l'adolescent, généralement déformé, d'échec académique à l'école.

Le traitement médicamenteux est le plus susceptible d'être efficace pour les adolescents les plus gravement touchés et présentant une perturbation des fonctions physiologiques telles que

l'appétit, le sommeil ou le poids. Emslie et al. (1997) ont montré la supériorité de la fluoxétine par rapport au placebo dans un essai clinique randomisé bien mené.

Les directives récentes de la NICE ont recommandé que la fluoxétine soit utilisée comme inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) de première intention pour le traitement de la dépression. Ce conseil découle d'une revue des données des essais cliniques publiés sur les ISRS, montrant que plusieurs d'entre eux n'étaient pas efficaces et étaient également associés à une augmentation du suicide, notamment des pensées et des comportements suicidaires. La sertraline et le citalopram sont recommandés comme traitements de deuxième intention, mais uniquement sous une surveillance stricte et après un consentement éclairé complet des parents et de l'adolescent. La NICE suggère spécifiquement que la paroxétine, la venlafaxine, les antidépresseurs tricycliques et la millepertuis ne soient pas utilisés chez les jeunes (NICE 2005).

La sismothérapie est rarement utilisée chez les adolescents, sauf dans des circonstances graves mettant la vie en danger ou en cas de dépression grave et intraitable.

Trouble bipolaire ou psychose maniaco-dépressive La CIM et le DSM utilisent des critères similaires pour le diagnostic du trouble bipolaire, que ce soit chez les adolescents ou chez les adultes. Les épisodes hypomaniaques ou dépressifs sont tout aussi courants comme première manifestation d'une maladie bipolaire, les épisodes ultérieurs étant plus susceptibles d'être hypomaniaques que dépressifs.

La principale caractéristique d'un épisode hypomaniaque est une humeur élevée, expansive ou irritable, avec les autres aspects compréhensibles en termes de l'humeur élevée. Les caractéristiques courantes sont : une augmentation de l'activité physique ou de l'agitation physique ; une augmentation de la loquacité ; des difficultés de concentration et de distractibilité ; moins besoin de sommeil ; une augmentation de l'énergie sexuelle ; des dépenses légères ou d'autres types de comportements imprudents ; et une sociabilité accrue ou une familiarité excessive.

Un épisode maniaque perturbe gravement la vie de l'individu. La loquacité accrue devient un « flux de parole », avec un débit d'idées (passage rapide d'idées basé sur une association littérale plutôt que logique, par exemple le jeu de mots ou le calembour). La désinhibition sociale et l'imprudence peuvent avoir un effet dévastateur sur la vie de l'individu. Les épisodes dépressifs présentent des caractéristiques similaires à celles des autres troubles

dépressifs, mais ont tendance à être plus graves, avec une perturbation prononcée des fonctions physiologiques et des pensées suicidaires fréquentes.

Un épisode dépressif doit être géré de la même manière que d'autres épisodes dépressifs, avec des interventions psychologiques recommandées en première intention et une thérapie psychopharmacologique réservée à ceux qui présentent une dépression modérée à sévère. Les ISRS sont souvent prescrits en association avec un stabilisateur de l'humeur pour prévenir la survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque. Dans de rares cas, la sismothérapie peut être envisagée pour un patient gravement dépressif et/ou suicidaire.

L'épisode hypomaniaque est souvent plus difficile à gérer, car il nécessite généralement une hospitalisation, des mesures visant à assurer la sécurité et la protection du patient, et un traitement médicamenteux. Le médicament le plus utile en cas d'épisode aigu est l'halopéridol (0,05 mg/kg/jour en trois doses divisées). Il est généralement nécessaire de compléter ce médicament avec des médicaments antiparkinsoniens tels que le benzhexol ou l'orphénadrine. Une réaction dystonique aiguë telle qu'une crise oculogyre ou un torticolis aigu peut survenir au début du traitement. Par conséquent, il est essentiel d'observer étroitement l'instauration du médicament. De nouveaux agents antipsychotiques tels que la rispéridone, l'olanzapine, la quétiapine et l'aripiprazole peuvent également être efficaces dans le traitement des épisodes hypomaniaques ou maniaques et sont de plus en plus utilisés, bien que la base de preuves soit moins solide que pour les agents plus anciens.

Le carbonate de lithium est également efficace en cas d'épisode aigu, bien que son effet soit plus lent. Il est plus utile en tant que médicament prophylactique pour les individus ayant présenté plusieurs épisodes. Son introduction doit être soigneusement supervisée et surveillée. Cependant, il n'y a eu aucune étude contrôlée sur l'efficacité du lithium dans la prévention de nouveaux épisodes chez les enfants ou les adolescents. Le lithium s'est révélé moins efficace chez les personnes présentant un trouble à cycles rapides, une caractéristique courante chez les adolescents atteints de trouble bipolaire. D'autres médicaments tels que la carbamazépine et le valproate de sodium ont été utilisés dans le traitement d'épisodes maniaques précédemment résistants aux médicaments chez les adultes, mais il existe des preuves insuffisantes pour évaluer leur efficacité chez les adolescents atteints de trouble bipolaire.

La plupart des individus se remettent généralement d'un épisode aigu. Pour les individus présentant des épisodes répétés, les caractéristiques pronostiques défavorables incluent l'absence de facteur déclenchant, des antécédents familiaux de maladie récurrente et la

persistance de certains symptômes entre les épisodes aigus. Les cas de début précoce ont un pronostic moins favorable, avec des épisodes plus fréquents, un cycle rapide et un risque plus élevé de suicide.

Le suicide est extrêmement rare chez les enfants de moins de 12 ans, avec une augmentation pendant l'adolescence à environ 30 cas par million par an (Shaffer&Piancentini 1994). Il est plus courant chez les garçons, sans tendance liée à la classe sociale. Les garçons ont tendance à utiliser des méthodes violentes telles que la pendaison ou le saut depuis de hauts bâtiments ou des ponts, tandis que les filles ont une préférence pour l'auto-intoxication. Shaffer et Piancentini ont identifié quatre types de caractéristiques de personnalité chez les adolescents qui se suicident : irritabilité et hypersensibilité à la critique ; impulsivité et volatilité ; retrait et incommunicabilité ; et perfectionnisme et auto-critique. Ils ont également constaté quelques preuves d'une perturbation psychiatrique accrue dans la famille, et qu'une "crise disciplinaire" était la raison précipitant le plus souvent le suicide.

Les tentatives de suicide : sont courantes avec un taux de 4 pour 1 000 par an chez les adolescents entre 15 et 19 ans. Les filles sont trois fois plus susceptibles que les garçons de faire une tentative de suicide , avec un excès chez les groupes socio-économiques plus bas. Sans surprise, les familles montrent des signes de discorde conjugale, de problèmes de santé mentale maternelle, en particulier de dépression, et de troubles de la personnalité paternelle. Environ 50 % des adolescents présentent des signes de trouble psychiatrique, généralement une dépression. Chez les adolescents plus âgés, il existe souvent des antécédents de consommation d'alcool ou de drogues et de fugues. L'isolement social et les mauvaises relations avec les pairs sont également courants.

La méthode la plus courante est une surdose de médicaments non opioïdes tels que l'aspirine ou le paracétamol, probablement liée à leur facilité d'accès. La gravité de la surdose varie considérablement, d'une prise impulsive de quelques comprimés à l'ingestion du contenu d'un paquet entier. La tentative fait souvent suite à une dispute avec un petit ami ou à un désaccord sérieux avec les parents concernant la discipline. L'adolescent a peut-être déjà menacé de prendre une overdose à plusieurs reprises, et environ 50 % ont consulté leur médecin généraliste au cours du mois précédant la surdose.

Une partie cruciale de la prise en charge est l'évaluation du risque de suicide futur. Cela dépend de trois facteurs : les circonstances de la tentative, l'état mental actuel du patient et son attitude envers l'avenir.

Il est nécessaire de poser des questions détaillées sur les événements précédant la tentative, ainsi qu'un compte rendu détaillé de la tentative. Ce dernier comprend des informations sur le degré de planification, la présence éventuelle d'autres personnes et les actions entreprises après la tentative. L'identification des difficultés à la maison ou à l'école est également importante.

La présence de symptômes dépressifs importants et le pessimisme quant à l'avenir sont des facteurs prédictifs d'un risque de suicide continu. Il est important de demander si la surdose a modifié l'attitude de l'adolescent ou de la famille vis-à-vis de leurs difficultés actuelles et de leur détermination à améliorer la situation. Une évaluation des stratégies de gestion et de la capacité de changement au sein de la famille est importante pour pouvoir faire un jugement plus réaliste sur l'avenir. Enfin, il devrait y avoir un accord sur les projets futurs et sur tout contact ultérieur entre l'adolescent, la famille et les organismes professionnels concernés.

Le traitement dépend de l'évaluation et du jugement clinique. La majorité des adolescents n'ont pas besoin d'un suivi psychiatrique spécialisé, bien qu'il soit clair qu'ils doivent savoir comment accéder aux services psychiatriques pour obtenir de l'aide supplémentaire en cas de besoin. Les indications pour une aide plus spécialisée incluent : la gravité de la tentative ; la présence d'un trouble dépressif avéré ou d'idées suicidaires persistantes ; des circonstances familiales et un soutien social médiocres ; et la capacité limitée de la famille à changer. Un petit nombre peut nécessiter des soins psychiatriques hospitaliers, en particulier les adolescents plus âgés.

Le suivi psychiatrique implique souvent des séances de conseil individuel pour l'adolescent ainsi que des séances familiales pour améliorer la communication et la capacité à résoudre les désaccords.

Il y a eu peu d'études de suivi systématiques, bien que l'impression clinique suggère que ceux présentant un trouble psychiatrique avéré ou des circonstances sociales ou familiales défavorables sont plus susceptibles d'être des "récidivistes".

➤ Anorexie mentale et troubles apparentés (Gowers & Bryant-Waugh 2004)

L'anorexie mentale est un trouble touchant les adolescentes plus âgées, avec un taux de prévalence de 1 % chez les 15-19 ans. Elle se produit cependant chez les enfants prépubères. Les caractéristiques essentielles sont : • Auto-induction de la famine et perte de poids ; • Un désir ardent d'être plus mince, avec une forte peur de prendre du poids ; • Une image

corporelle déformée (par exemple, se sentir gros alors qu'on est amaigri) ; • Un indice de masse corporelle (IMC) < 17,5.

La présentation est variée, imitant parfois une maladie physique ou les conséquences de la perte de poids et de la famine. L'histoire est celle d'une famine auto-imposée prolongée.

Les régimes alimentaires commencent souvent à la suite d'un commentaire fortuit sur la taille ou la forme, ou alternativement comme un comportement de groupe avec d'autres adolescentes. Les portions de nourriture aux repas sont réduites, et certains repas tels que le petit déjeuner ou le déjeuner sont entièrement sautés, avec l'élimination totale d'aliments riches en calories tels que les bonbons, les desserts ou les gâteaux. L'individu tire satisfaction de la perte de poids, ce qui constitue à son tour un incitatif à perdre davantage de poids. Les parents et d'autres adultes sont souvent compliments et satisfaits de cette perte de poids initiale. Un régime plus extrême et rigide est ensuite auto-imposé pour atteindre l'objectif de réduction de poids supplémentaire. L'appétit et les douleurs de la faim sont prononcés, mais la perspective de perdre davantage de poids est un puissant motivateur. Ce n'est que lorsque la maladie est bien établie que l'anorexie et les nausées face à la nourriture deviennent apparentes. L'intérêt et la participation à l'exercice et aux activités sportives suivent souvent le régime, car on croit que ces activités favoriseront la perte de poids. Plus tard, l'utilisation excessive de laxatifs peut commencer pour réduire davantage le poids. Malgré une silhouette de plus en plus mince, l'adolescente refuse d'accepter son état amaigri, continuant à se percevoir comme grosse ou en surpoids. L'image corporelle déformée est souvent le premier signe pour les parents que l'adolescente souffre d'une maladie grave. Les disputes de plus en plus fréquentes concernant la nourriture et sa consommation, associées au refus implacable de manger, convainquent les parents de la nécessité d'une aide médicale urgente.

Souvent, l'adolescent est initialement référé à un pédiatre ou à un endocrinologue afin d'exclure une origine organique au problème, plutôt que d'accepter une cause psychologique pour la perte de poids.

L'examen physique montre généralement un individu qui est vif et alerte malgré l'émaciation évidente. Des pommettes saillantes, des yeux enfoncés, des os saillants à travers la peau, une peau sèche et des cheveux avec des mains et des pieds froids et bleus sont des caractéristiques courantes. Une émaciation sévère s'accompagne de l'apparition de poils fins ou de poils lanugo sur le visage, les membres et le tronc, avec un rythme cardiaque lent, une pression artérielle basse et une hypothermie. La plupart des investigations biochimiques sont normales,

mais des taux de gonadotrophines bas avec des taux élevés d'hormone de croissance et de cortisol sont parfois trouvés. Bien que l'anorexie soit le diagnostic le plus probable, d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif ou la schizophrénie peuvent devoir être exclus.

Presque autant de théories ont été proposées que de personnes ayant étudié la condition, avec des facteurs individuels, familiaux ou sociaux prédominants dans la plupart des explications. L'examen des caractéristiques de personnalité préexistantes des anorexiques montre qu'ils sont conformistes, consciencieux, obéissants et performants.

Les problèmes d'autonomie et d'indépendance sont des problèmes centraux pour les anorexiques, le contrôle de l'apport alimentaire étant le seul moyen disponible de préserver l'identité et l'indépendance de soi.

Des conflits similaires sur l'autonomie et l'indépendance ont été observés au sein des familles ayant un membre anorexique, mais il est difficile de déterminer si cela en est la cause ou l'effet. Encore une fois, au cours des 40 dernières années, la vision de la société sur l'attractivité féminine s'est penchée vers le bout mince du spectre, de sorte que la "recherche de la minceur" est un problème majeur pour de nombreuses femmes.

La gravité de la condition varie largement, de sorte que le traitement comprend la prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation avec l'accent sur une approche "multimodale". Cela implique l'utilisation de diverses stratégies de traitement, telles que des thérapies individuelles, familiales ou cognitives, souvent simultanément ou séquentiellement, en fonction de l'évaluation. La reconnaissance et la prise en compte du problème sont les premières étapes cruciales de la prise en charge. La nature et la gravité de la condition, mises en évidence par l'évitement de la nourriture et les idées irrationnelles sur l'alimentation, doivent être explorées en profondeur afin d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent et la famille. Ce n'est que lorsque cela s'est produit qu'il est possible de commencer un programme de traitement spécifique.

La prochaine étape consiste à modifier les habitudes alimentaires afin de restaurer la perte de poids et de corriger les carences nutritionnelles. Les conseils et la collaboration avec le diététicien sont importants dès le départ, en particulier pour les carences nutritionnelles. Un poids cible - généralement proche de la moyenne pour l'âge et la taille - devrait être convenu, ainsi que l'apport calorique quotidien approprié pour garantir son atteinte. Seules des

concessions minimales aux caprices ou aux préférences alimentaires devraient être autorisées, avec un protocole standard de contrôles de poids réguliers.

Si le patient est à l'hôpital, les soins infirmiers et le soutien sont les aspects les plus importants de la prise en charge. Le personnel infirmier doit gagner la coopération de l'adolescent pour le plan de traitement. Ils doivent également être vigilants à l'égard de l'accumulation de nourriture et des vomissements clandestins. Les programmes de traitement impliquent généralement un ensemble graduel de privilèges en fonction d'une prise de poids satisfaisante. Une fois que le poids cible est atteint, le régime alimentaire devrait être modifié de manière à ce que la prise de poids appropriée pour l'âge se poursuive. Les programmes hospitaliers impliquent souvent que le personnel infirmier supervise les repas familiaux à domicile pendant les congés du week-end. Travailler avec la famille a deux objectifs : fournir des conseils éducatifs sur le trouble et améliorer les schémas de communication au sein de la famille. Le travail individuel et en groupe est également utile, mais le traitement médicamenteux n'est pas indiqué à moins qu'il n'y ait un trouble traitable spécifique, tel qu'une dépression comorbide. Russell et al. (1987), dans une étude d'intervention randomisée sur l'efficacité de la thérapie familiale par rapport à la thérapie individuelle, ont constaté que la thérapie familiale était meilleure que la thérapie individuelle dans la prévention des rechutes chez les anorexiques de moins de 18 ans qui avaient souffert de la maladie depuis moins de 3 ans. Une limitation importante de cette étude est que seuls 65 % des 80 patients ont terminé le programme d'intervention.

À bien des égards, la partie la plus facile du programme de traitement, en particulier avec les patients hospitalisés, est la restauration de la perte de poids. Un aspect plus difficile est la restructuration de l'attitude de l'adolescent et de la famille envers la nourriture et leur mode d'interaction. Une supervision régulière, un soutien et des contacts sont essentiels pour maintenir les progrès et maintenir le moral. Très souvent, un compromis doit être trouvé entre une résolution idéale du problème et une évaluation réaliste de la capacité de changement de l'adolescent et de la famille.

Résultat Les résultats des études de suivi varient considérablement en fonction des critères d'inclusion, des mesures de résultats et de la durée du suivi. Malgré ces problèmes, les résultats semblent se diviser en trois catégories, un tiers de bons résultats, un tiers de résultats intermédiaires et un tiers de résultats médiocres. Il y a une mortalité à long terme de 10 %, la malnutrition et le suicide étant responsables de la plupart des décès. Les facteurs pronostiques

défavorables sont un âge précoce de début, un trouble psychiatrique coexistant et un mauvais fonctionnement familial.

- Boulimie nerveuse Elle présente trois caractéristiques clés : des crises de boulimie et des purges récurrentes, un manque de contrôle et une préoccupation morbide pour le poids et la forme. Elle est rare pendant la période prépubère, mais devient de plus en plus courante chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes, souvent associée à la dépression. La plupart des patients ont un poids normal. La préoccupation médicale la plus sérieuse est la déplétion en potassium due aux vomissements fréquents.

Le mode de vie du patient est souvent chaotique, de sorte que le premier objectif du traitement est d'établir une certaine structure et des limites pour le patient. En fonction de l'évaluation, une combinaison de travail individuel, cognitivo-comportemental et familial est appropriée dans la plupart des cas.

Deux nouveaux types de troubles de l'alimentation ont récemment été décrits : le trouble émotionnel de l'évitement de la nourriture et le syndrome de refus global.

Le premier est un trouble des émotions dans lequel l'évitement de la nourriture est un symptôme prédominant, associé à d'autres symptômes affectifs tels que la dépression, l'anxiété ou les phobies.

Il y a souvent un antécédent de modes alimentaires ou de restrictions alimentaires, mais l'image corporelle déformée et la quête de la minceur observées dans l'anorexie mentale font défaut. La validité et l'indépendance de ce syndrome n'ont pas encore été établies.

Le syndrome de refus global est un syndrome grave mettant la vie en danger, caractérisé par un refus généralisé de manger, de boire, de parler, de marcher ou de s'engager dans des compétences d'autosoins. Les patients sont nettement en sous-poids, avec un refus catégorique de manger ou de boire, ce qui finit par mettre leur vie en danger.

Bien qu'ils remplissent certains critères de l'anorexie mentale, le caractère généralisé de la symptomatologie rend ce diagnostic inapproprié, c'est-à-dire que le refus ne se limite pas à la nourriture, et les personnes atteintes ne présentent pas l'image corporelle déformée et la préoccupation pour la nourriture observée dans l'anorexie mentale. Ils nécessitent des soins infirmiers prolongés et intensifs en hospitalisation pour maintenir les fonctions corporelles vitales. La plupart des patients étaient des filles, et il est suggéré que des abus sexuels

traumatiques antérieurs, souvent impliquant de la violence, ont pu être responsables de la survenue du trouble. La plupart récupèrent physiquement de manière satisfaisante, mais l'ajustement psychiatrique à long terme n'est pas encore connu.

- Syndrome de fatigue chronique (Gorralda& Chalder 2005) Celui-ci a attiré une large couverture médiatique en raison de la controverse entourant son étiologie et son traitement. Il est généralement défini comme une fatigue sévère et invalidante affectant la fonction physique et mentale, accompagnée de myalgies, de troubles de l'humeur et/ou du sommeil. Il est difficile d'obtenir des chiffres précis sur la prévalence, mais elle est probablement d'environ 1 pour 2000. Les échantillons cliniques sont généralement composés d'adolescents âgés de 11 à 15 ans, majoritairement des filles et issus de groupes socio-économiques plus élevés.

Les deux tiers des patients ont connu une infection virale antérieure, mais généralement pas du type Epstein-Barr. Cela conduit à la fatigue, qui entraîne une réduction de l'activité physique, ce qui entraîne une plus grande fatigue lors de toute activité physique. La situation est renforcée par les croyances parentales et personnelles sur la causalité, de sorte qu'un état d'inactivité et de fatigue s'installe.

La prise en charge implique une évaluation approfondie pour exclure les troubles psychiatriques comorbides tels que la dépression, mais en limitant les investigations à un minimum convenu. L'établissement de la confiance mutuelle et d'une approche collaborative avec l'adolescent et les parents est essentiel pour un bon résultat. Le travail cognitif individuel et familial combiné à une stratégie de réadaptation incrémentielle structurée (des programmes d'exercices gradués) est le meilleur moyen de progresser et de limiter davantage l'incapacité. Un plan coordonné de réintégration scolaire et sociale est également nécessaire. Les résultats sont variés en fonction de la gravité initiale, mais les trois quarts des patients ont récupéré de manière raisonnable après 2 ans.

- Toxicomanie

Cela va des substances facilement disponibles et légales telles que le tabac et l'alcool aux substances plus rares et illégales telles que l'héroïne ou la cocaïne. Bien que ces dernières suscitent davantage de préoccupations publiques, il ne fait aucun doute que le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ont un impact beaucoup plus néfaste sur la santé de la population dans son ensemble.

➤ L'inhalation de substance :

Les utilisateurs de solvants présentent les caractéristiques suivantes : sexe masculin ; utilisation maximale de l'adolescence entre 13 et 15 ans ; et plus courant parmi les groupes socio-économiques inférieurs, les groupes ethniques minoritaires et les familles perturbées. Les substances inhalées comprennent de nombreux articles de tous les jours tels que des adhésifs, des aérosols, des fluides de nettoyage à sec et de l'essence de briquet. Les substances sont inhalées à travers des sacs en papier, des chiffons saturés ou directement. C'est souvent fait en groupe dans les zones socialement défavorisées des grandes villes, avec une inhalation solitaire régulière étant une cause de préoccupation plus sérieuse. L'effet immédiat est l'euphorie suivie de la confusion, de la distorsion perceptuelle, des hallucinations et des délires. L'utilisateur régulier est souvent capable de doser les "inhalations", de sorte qu'un état d'euphorie agréable est maintenu pendant plusieurs heures. L'apparence caractéristique de taches rouges autour de la bouche est fortement suggestive de l'abus de solvants.

La mort subite lors de l'inhalation peut survenir en raison d'une anoxie, d'une dépression respiratoire, d'un traumatisme ou d'une arythmie cardiaque. Cette dernière représente plus de la moitié des décès, et l'anoxie, généralement due à l'inhalation de vomissements, est responsable de plus de 10 % des cas. Les accidents ou les tentatives de suicide pendant l'intoxication sont une autre cause de décès, en particulier avec les adhésifs de toluène. Les effets à long terme comprennent des lésions neurologiques (neuropathie périphérique, encéphalopathie, démence et crises) ainsi que des lésions rénales et hépatiques. La plupart des inhalateurs de solvants n'entrent pas en contact avec les services de psychiatrie, sauf s'ils sont orientés suite à une hospitalisation pour intoxication aiguë. Les programmes éducatifs en milieu scolaire et les initiatives de ressources communautaires sont plus susceptibles d'être bénéfiques à long terme. L'encouragement des détaillants et des propriétaires de magasins à faire respecter les restrictions sur la vente de solvants est également utile.

Un certain nombre d'utilisateurs de solvants sont orientés vers une évaluation psychiatrique, généralement lorsque l'abus est considéré comme faisant partie d'une psychopathologie individuelle ou familiale plus répandue. À long terme, la plupart des adolescents ne persévèrent pas dans cette habitude, mais une minorité évolue vers des drogues plus addictives telles que l'héroïne ou la cocaïne.

- **Autres substances** Ces substances incluent des hallucinogènes tels que le cannabis (marijuana), l'acide lysergique diéthylamide (LSD) et les "champignons magiques" ; des stimulants comme les amphétamines ou la cocaïne ; des opiacés tels que la dihydrocodéine, la méthadone ou l'héroïne ; et des sédatifs tels que les benzodiazépines. La MDMA ou "Ecstasy" a à la fois des effets stimulants et hallucinogènes.

L'expérimentation avec le cannabis est courante à l'adolescence, un petit nombre d'utilisateurs adoptant un schéma d'utilisation chronique. Les effets sont euphorisants et relaxants à court terme, mais l'apathie et l'inertie surviennent en cas d'utilisation chronique.

La plupart des individus ne passent pas du cannabis à d'autres drogues plus sérieusement addictives, et sa consommation n'indique pas de trouble psychologique sous-jacent. Cependant, il existe de plus en plus de preuves suggérant que la consommation régulière de cannabis confère un risque accru d'environ deux fois de développer une psychose, en particulier chez les individus qui commencent à en consommer à un âge précoce (Arseneault et al. 2004). Les effets néfastes des autres drogues dépendent de la nature de la substance utilisée. Outre les effets euphoriques et plaisants, la plupart des drogues illicites peuvent provoquer des symptômes désagréables tels que la panique, la frayeur ou des hallucinations. Cela peut entraîner un comportement erratique ou suicidaire, ou un risque accru d'accidents. Un trouble panique peut se développer à la suite d'expériences désagréables sous l'influence de drogues illicites. Une utilisation prolongée de stimulants peut déclencher un épisode psychotique avec des hallucinations - généralement visuelles - et des délires paranoïaques.

La dépendance est particulièrement associée aux stimulants, aux opiacés et aux substances sédatives. Les symptômes de sevrage psychologique, tels qu'une envie insupportable d'une "dose", et les symptômes de sevrage physiologique, tels que des nausées, des vomissements et de la diarrhée, rendent l'arrêt de la drogue extrêmement difficile. La négligence physique et la malnutrition peuvent également survenir chez la personne dépendante. La nécessité d'un approvisionnement régulier en drogue signifie que la personne recourt fréquemment au vol ou à la criminalité pour soutenir sa dépendance. La pratique du partage de seringues est un

danger majeur pour la santé, le risque d'infection par le VIH étant très élevé. L'orientation de l'adolescent vers un centre de traitement spécialisé et le soutien aux parents sont essentiels pour prévenir les graves problèmes sociaux et psychologiques inévitables liés à la consommation de drogue à long terme.

Chapitre 04: Les tentatives de suicide en pédopsychiatrie .

1. Généralité

De nombreux jeunes font des tentatives délibérées et non mortelles de suicide. Ce phénomène, également appelé « para suicide », est au moins dix fois plus fréquent que le suicide ; cependant, la fréquence exacte de ces actes est inconnue. Bien que la relation exacte entre les actes para suicides et le suicide soit controversée, il est important de noter que la majorité de ces actes sont commis par des adolescents et des jeunes adultes qui constituent un bassin dans lequel sont puisés bon nombre des futurs suicides (Diekstra, 1994).

Les tentatives de suicide sont relativement rares avant l'âge de 12 ans, bien qu'il puisse y avoir des cas isolés avant l'âge de cinq ans. Les tentatives de suicide chez les jeunes enfants risquent de passer inaperçues. La rareté des tentatives de suicide à cet âge peut être due au fait que le concept de mort se développe tard dans l'enfance, la pleine conscience des implications de la mort n'étant acquise qu'au début de l'adolescence. Il est possible que des impulsions sérieuses vers un comportement suicidaire ne se produisent pas tant que le concept de mort n'est pas développé. D'autres facteurs de protection ont été suggérés, notamment les taux plus faibles de dépression chez les jeunes enfants, leur intégration étroite dans la famille et la nécessité d'un degré marqué de maturation cognitive avant qu'un enfant puisse développer des sentiments tels que le désespoir (Hawton et Catalan, 1987).

Bien que les tentatives de suicide soient beaucoup plus fréquentes que les suicides achevés, la littérature à ce sujet est beaucoup plus variable et incohérente que celle sur le suicide achevé. La difficulté de préciser l'intention derrière un acte donné et l'absence d'une définition cohérente de la tentative de suicide ont entraîné une grande variabilité dans les estimations des divers comportements suicidaires. Il existe un spectre de pensées et de comportements suicidaires qui commencent par des pensées suicidaires éphémères et se poursuivent jusqu'à une tentative de suicide sans blessure, une tentative de suicide avec blessure grave et enfin un suicide complet. Les enquêtes conçues pour estimer l'incidence ou la prévalence des idées et des comportements suicidaires sont souvent difficiles à réaliser.

2. La définition :

L'acte suicidaire correspond donc à une montée de tension et d'excitation que le sujet ne peut ni résoudre ni élaborer par la poursuite de ses investissements de représentation psychique, l'émergence fantasmatique

Ayant un effet traumatique quand la perte d'estime de soi, la dévalorisation et le sentiment de désespoir deviennent envahissants.^{ix}

Lorsqu'un enfant met fin à ses jours, cela constitue-t-il un suicide ? Bien qu'il avance que l'idée d'un "assassinat de soi" soit difficile à concevoir, il explore les données actuelles qui alimentent les théories sur cette question. Cependant, il ne se limite pas aux chiffres de l'épidémiologie ni aux nuances apportées par la prise en compte des différences culturelles. Boris Cyrulnik analyse ces données à travers le prisme de ses concepts fondamentaux de résilience et de vulnérabilité.

Quatre thèmes interdépendants semblent pouvoir enrichir les contributions des autres intervenants au colloque et prolonger ces discussions. Le premier concerne la question de l'attachement et du désir de mort, le deuxième la vulnérabilité émotionnelle, le troisième la flambée des idées suicidaires à l'adolescence, et le quatrième le monde mental de l'adolescent suicidaire.

Boris Cyrulnik souligne l'importance des interactions précoces et des carences affectives dans le développement de l'enfant. Il évoque l'idée selon laquelle un enfant qui tente de mettre fin à sa vie a souvent déjà été confronté à la mort, non seulement physique mais aussi psychique, à travers des expériences traumatisantes ou des environnements familiaux marqués par la violence ou la menace de mort.

Il explore également les conséquences de ces expériences sur le développement émotionnel de l'enfant, mettant en lumière les liens entre la détresse relationnelle précoce et la propension au suicide à l'adolescence. Enfin, il souligne l'importance de la vulnérabilité émotionnelle comme facteur de risque, résultant de relations précoces carencées et traumatiques, et met en évidence des aspects biologiques comme la sérotonine dans la compréhension de ces phénomènes.^x

3. Epidémiologie

Pour chaque jeune qui se suicide, on estime qu'environ 100 à 200 jeunes font des tentatives de suicide, et que des milliers d'autres envisagent sérieusement de se suicider.

En moyenne, environ 8 enfants et adolescents âgés de 10 à 19 ans se suicident chaque jour aux États-Unis.

Le suicide a considérablement augmenté au cours du dernier demi-siècle et constitue la deuxième cause de décès dans le monde chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Bien que les taux de mortalité des enfants et des adolescents aient diminué de manière constante et substantielle au cours des dernières décennies grâce aux progrès médicaux continus, le taux de suicide chez les jeunes aux États-Unis est resté constamment élevé et a connu des augmentations alarmantes ces dernières années.

Environ 1 élève du secondaire sur 6 a des idées suicidaires sérieuses, 1 sur 8 élabore un plan de suicide et 1 sur 14 envisage de se suicider. Une tentative de suicide, dont certaines à un degré qui nécessitera un traitement médical ou une hospitalisation.

Plus d'adolescents et de jeunes adultes meurent par suicide que par cancer, maladies cardiaques, VIH/SIDA, malformations congénitales, accidents vasculaires cérébraux, pneumonie et grippe, maladies pulmonaires chroniques et autres problèmes médicaux réunis.

Bien que les adolescentes déclarent plus d'idées suicidaires que les adolescents et tentent de se suicider à un taux deux à trois fois supérieur à celui des hommes, les hommes se suicident à un taux jusqu'à cinq fois plus élevé que les femmes.^{xi}

Chez l'enfant :

Les jeunes courent un risque accru de suicide à mesure qu'ils vieillissent, les adolescents courant un risque de suicide plus élevé que les enfants plus jeunes.

La probabilité de suicide augmente à mesure que les enfants grandissent. Les adolescents de 15 ans et plus courent un risque de suicide beaucoup plus élevé que les jeunes de 10 à 14 ans, qui courent un risque de suicide plus élevé que les enfants de moins de 10 ans. (Berman et al., 2006 ; King et al., 2013). Pour mettre cela en perspective, en 2017, les jeunes âgés de 15 à 19 ans se sont suicidés à un taux près de cinq fois plus élevé que les jeunes âgés de 10 à 14 ans.

Bien que le suicide chez les enfants préadolescents soit rare, il a considérablement augmenté ces dernières années. Par exemple, le taux de suicide chez les enfants âgés de 5 à 14 ans a plus que doublé entre 2007 et 2017 (Drapeau et McIntosh, 2020). Une étude épidémiologique a révélé qu'au cours d'une période de 20 ans (1993-2012), 657 enfants âgés de 5 à 11 ans se sont suicidés, soit une moyenne de près de 33 enfants par an dans cette tranche d'âge (Bridge

et al., 2015). L'une des principales raisons expliquant le taux de suicide élevé dans ce groupe d'âge était le nombre de suicides chez les jeunes enfants noirs, qui ont considérablement augmenté au cours de cette période (Bridge et al., 2015). Contrairement aux adolescents et aux adultes, dont la principale méthode de suicide est les armes à feu, près de 80 % des enfants de Bridge et al. (2015), 17,7 % d'entre eux sont morts par pendaison ou par étouffement, 17,7 % d'entre eux étant morts par arme à feu.

Sheftal et ses collègues (2016) ont analysé les données du National Violent Death Reporting System (NVDRS) concernant les enfants (âgés de 5 à 11 ans) et les jeunes adolescents (âgés de 12 à 14 ans) décédés par suicide entre 2003 et 2012 dans 17 États américains. Ils ont constaté que, comparés aux jeunes adolescents qui se sont suicidés, les enfants qui se sont suicidés étaient plus souvent des garçons, des Noirs, qui sont morts par pendaison/étranglement et qui sont morts à la maison. De plus, il a été constaté que les enfants qui se sont suicidés ont connu de plus grands problèmes relationnels avec les membres de leur famille et/ou leurs amis et ont moins souvent eu des problèmes de petit ami/petite amie et ont laissé une note de suicide (Sheftal et al., 2016).

Le suicide peut survenir et se produit effectivement chez les enfants de moins de 10 ans, et il y a même eu des cas documentés de comportements suicidaires chez des enfants d'âge préscolaire. Par exemple, une étude a identifié 16 enfants d'âge préscolaire, âgés de 2 à 5 ans, qui se sont livrés à des tentatives de suicide non mortelles (Rosenthal et Rosenthal, 1984). Dans le passé, de nombreux professionnels de la santé mentale croyaient que les jeunes enfants ne devraient pas être considérés comme suicidaires parce qu'ils ne pouvaient pas comprendre et conceptualiser le caractère définitif de la mort (Pfeffer, 2003). Cependant, des observations directes du comportement des enfants indiquent que des comportements autodestructeurs peuvent survenir chez les jeunes enfants, que des enfants dès l'âge de 3 ans peuvent avoir des idées sur la mort et que l'intention d'adopter un comportement suicidaire n'exige pas nécessairement qu'un enfant ait un concept mature de la mort (Pfeffer, 1986). Toutefois, en général, le suicide chez les enfants de moins de 10 ans est extrêmement rare, avec généralement seulement quelques cas signalés chaque année. Lorsque le suicide se produit à ce niveau d'âge, il est généralement associé à un dysfonctionnement grave et à une psychopathologie du système familial de l'enfant.

En résumé, le suicide peut se produire et se produit effectivement chez les jeunes enfants, mais il est beaucoup plus susceptible de se produire chez les adolescents, en particulier ceux âgés de 15 à 19 ans. Ce résultat ne doit cependant pas être interprété comme une minimisation

ou une exclusion de la nécessité d'une scolarité. des efforts de prévention du suicide conçus pour les élèves des écoles primaires et secondaires. Premièrement, comme nous le verrons plus loin dans ce livre, de nombreux facteurs de risque de suicide chez les jeunes se développent pendant l'enfance, et le fait de s'attaquer efficacement à ces facteurs de risque (et de promouvoir également les facteurs de protection) pendant que les élèves sont à l'école primaire ou intermédiaire peut réduire le risque de suicide. à mesure que les enfants grandissent. Deuxièmement, comme décrit précédemment, le comportement suicidaire est un concept plus large que le suicide seul et inclut les idées suicidaires, les communications liées au suicide et les tentatives de suicide. Chacun de ces comportements se produit chez les élèves du primaire et du secondaire, les exposant à un risque accru de suicide à l'adolescence et à l'âge adulte. Par conséquent, il est essentiel que tout le personnel scolaire à tous les niveaux – primaire, intermédiaire et secondaire – soit conscient du comportement suicidaire des jeunes et de la manière de prévenir, évaluer et réagir efficacement.^{xii}

Chez l'adolescent :

Selon l'OMS Il a été difficile d'obtenir des données transnationales comparables sur les tentatives de suicide chez les adolescents, en raison des différences dans les définitions et des difficultés liées à la conception des enquêtes.

En conséquence, l'étude multicentrique de l'OMS sur le para suicide a débuté en 1989 dans 13 pays européens et un total de 16 centres de recherche, dans le but général de prévenir les comportements suicidaires en Europe (Bille-Brahe et al., 1993 ; Platt et al., 1992 ; Schmidtke et al., 1996). (Les pays initiaux étaient la Suisse, la France, l'Italie, l'Espagne, la Finlande, l'Autriche, les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume-Uni, la Suède, la Hongrie, la Norvège et l'Allemagne ; d'autres pays ont depuis rejoint le projet.) Pour obtenir une En ce qui concerne le tableau épidémiologique des tentatives de suicide dans ces pays européens, tous les centres participants utilisent une méthode standardisée de collecte et d'enregistrement des données, incluant divers facteurs de risque sociodémographiques et le traitement ultérieur.

La tentative de suicide (para suicide) est définie dans l'étude de l'OMS comme suit : « Un acte dont l'issue n'est pas mortelle, dans lequel un individu adopte délibérément un comportement non habituel qui, sans l'intervention d'autrui, lui causera de l'automutilation, ou ingère délibérément une substance en excès de la posologie thérapeutique prescrite ou généralement reconnue, et qui vise à réaliser les changements souhaités par le sujet via les conséquences physiques réelles ou attendues. L'étude multicentrique de l'OMS sur le para

suicide (tentative de suicide) inclut à la fois les comportements suicidaires motivés par une forte intention de mourir et les comportements caractérisés par une incertitude et une ambivalence quant à l'intention de mourir et où l'acte autodestructeur peut être qualifié d'appel à l'aide.

L'étude de l'OMS – qui a porté sur 20 325 patients ayant tenté de se suicider entre 1989 et 1995 – fournit ainsi une image fiable de la population européenne de tentatives de suicide qui ont cherché de l'aide auprès de divers services de santé après leur tentative (Platt et al., 1992 ; Schmidtke et al., 1996).

Les données démographiques :

Au cours de la période d'étude 1990-1995, l'échantillon de l'OMS comprenait 1 965 jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ont tenté de se suicider à 2 394 reprises, soit 2 394 « tentatives de suicide ». Les 1 415 femmes et les 550 hommes représentaient respectivement 1 728 et 666 tentatives de suicide. La prépondérance des femmes qui tentent de se suicider peut s'expliquer par la maturation précoce des filles et leur confrontation à des problèmes romantiques, des taux plus élevés de dépression et d'auto-empoisonnement qui représentent une stratégie d'adaptation plus acceptable pour les filles. En revanche, les garçons ne semblent avoir recours à des comportements suicidaires que face à des difficultés extrêmes et peuvent plus facilement recourir à des stratégies alternatives pour gérer le stress, comme un comportement agressif ou l'abus d'alcool (Hawton et Catalan, 1987). Parmi les jeunes auteurs de tentatives de suicide (âgés de 15 à 19 ans) participant à l'étude de l'OMS, 3,3 % vivaient en concubinage, 2,0 % étaient mariés et la majorité restante était célibataire ; 2,9 % avaient déjà leurs propres enfants. Plus de la moitié vivaient encore avec leurs parents (59,7 %), mais une proportion assez élevée vivait seule (12,0 %) ; les autres vivaient chez des parents, des partenaires ou des amis ou dans une institution.

Le fait qu'environ 40 % des jeunes suicidaires âgés de 15 à 19 ans ne vivaient pas avec leurs parents reflète les difficultés des jeunes suicidaires dans leurs relations avec leurs parents et est parallèle aux conclusions d'autres études selon lesquelles de nombreux jeunes auteurs de tentatives de suicide viennent de milieux brisés. (Garnefski et Diekstra, 1997 ; Kotila, 1989) et/ou des familles caractérisées par une maladie psychiatrique (en particulier la dépression et la toxicomanie) et des événements négatifs cumulatifs dans la vie (Pillay et Wassenaar, 1997 ; Wagner, 1997). Dans le groupe d'étude de l'OMS composé de jeunes de 15 à 19 ans qui ont

tenté de tenter une tentative, près de 29,2 % des garçons et 25,5 % des filles travaillaient déjà au lieu d'aller à l'école.

De plus, les abus sexuels durant l'enfance, le manque de soins parentaux et les mauvaises relations parentales étaient des facteurs de risque importants, tout comme la présence de troubles de l'humeur, de toxicomanie et de troubles des conduites. De plus, les difficultés interpersonnelles, les problèmes juridiques, les difficultés professionnelles et financières contribuent de manière significative au risque de tentative de suicide grave (Beautrais, 1998).^{xiii}

4. Le suicide est-ce un symptôme ou une maladie ?

Il existe un consensus sur quoi se sont basé les experts : le suicide est un symptôme et non une entité pathologique. Cela signifie que le suicide peut être le résultat d'un certain nombre de conditions psychologiques ou physiques et qu'une tentative de suicide peut être un point intermédiaire dans un certain nombre de circonstances.

Certains symptômes ou comportements apparaissent cependant fréquemment dans le parcours des individus qui tentent ou se suicident. La dépression est le symptôme le plus fréquemment évoqué. Même si une personne qui souffre de dépression, ne signifie pas qu'elle est sur le point de se suicider. Tous les individus déprimés ne sont pas suicidaires et tous les individus suicidaires ne sont pas nécessairement déprimés (Cantor, 1987a).

Bien que la dépression soit le symptôme le plus souvent associé aux tendances suicidaires, les facteurs importants qui mettent une personne à risque sont davantage liés aux changements comportementaux et cognitifs qu'au diagnostic de dépression.^{xiv}

Suicide et troubles du comportements :

Le « syndrome » des troubles du comportement, n'est pas un ensemble uniforme et net (Ensminger, 1990), mais plutôt un « syndrome suggérant à la fois une cooccurrence et un caractère distinctif entre les catégories de comportements problématiques » (Barone et al., 1995). L'hétérogénéité du comportement suicidaire des adolescents, avec différents sous-groupes, reflète des modèles distinctifs de vulnérabilités prédisposantes, de comorbidité diagnostique, de psychopathologie et de comportements à risque associés.

De tels schémas d'associations de comportements à risque et de tendances suicidaires sont susceptibles de se produire en raison de conditions prédisposantes communes. Les manifestations de substrats neurobiologiques potentiellement héréditaires, les prédispositions

capricieuses et les traits de personnalité, tels que l'impulsivité, l'insouciance et l'agressivité, interagissent avec les événements de la vie et les contextes familiaux, sociaux et communautaires plus larges au cours du développement pour produire une diathèse vers suicidalité. Comme le note Jessor, les conceptualisations modernes des comportements à risque des adolescents « englobent un large éventail de domaines causals, depuis la culture et la société d'un côté jusqu'à la biologie et la génétique de l'autre ; ils véhiculent également, en même temps, une conscience durement acquise de la complexité et un respect renouvelé pour les processus de développement » (Jessor, 1998, p. 1).

Les domaines de la recherche sur les comportements problématiques et sur le suicide gagneraient à considérer la suicidalité des adolescents comme faisant partie du continuum des comportements à risque et autodestructeurs. Bien que cette perspective bénéficie d'un soutien empirique considérable, il est également évident qu'aucune typologie unique ne s'applique à tous les adolescents suicidaires ; par conséquent, distinguer les caractéristiques développementales des différentes voies menant à la suicidalité nécessitera une approche centrée sur la personne.^{xv}

4.1 les facteurs de risque suicidaire :

Si nous effectuons une recherche sur Google en tapant : suicide, et que nous consultons le premier article, on tombe souvent sur un fait divers, où les facteurs déclanchant sont mis en avant. Par exemple, un article relatant le sauvetage d'une femme par la police alors qu'elle tentait de mettre fin à ses jours en se jetant par la fenêtre, la femme évoquait les "humiliations répétées" de la part de son partenaire, qui, selon elle, était également alcoolique. Le risque ici est de simplifier la situation en établissant un lien direct entre les humiliations et le geste suicidaire. Il est crucial de noter que ces événements ne suffisent pas à expliquer une crise suicidaire.

De même, les événements négatifs ne sont pas nécessairement des déclencheurs de crises suicidaires, car la plupart des personnes confrontées à de telles situations ne passent pas à l'acte. Cela nous conduit à conclure que d'autres facteurs, des facteurs individuels de vulnérabilité, sont nécessaires pour comprendre pleinement les motivations du suicidant. Avant d'approfondir ce point, examinons brièvement ces motifs, en notant leur présence universelle et leur récurrence historique.

Les événements les plus fréquemment associés aux personnes suicidaires incluent les conflits interpersonnels, les ruptures sentimentales, la maladie physique, le chômage, les difficultés

financières, les agressions physiques, le deuil, les violences domestiques et les problèmes de logement chez les personnes âgées. Il est pertinent de noter que bon nombre de ces problèmes peuvent être liés à des troubles mentaux, créant ainsi une relation bidirectionnelle où la maladie mentale peut accroître les problèmes de vie (tels que le chômage), et vice versa. Ces événements tendent également à se chevaucher, comme le montre le fait que les hommes vivant seuls sont plus susceptibles de connaître des séparations, des difficultés financières et le chômage, tandis que les femmes vivant seules sont plus enclines à faire face au deuil.

L'âge joue également un rôle crucial dans les événements précédant le suicide. Chez les personnes de plus de 50 ans, les événements de vie négatifs sont moins fréquents, et lorsqu'ils surviennent, il s'agit souvent de problèmes liés à la maladie physique, au deuil et aux problèmes de logement, tels que le déménagement de leur domicile. Bien qu'il existe quelques différences entre les sexes, elles ne sont pas considérées comme significatives dans ce contexte.

Il est remarquable de constater que la plupart des événements de vie associés au suicide sont essentiellement des événements interpersonnels et sociaux, impliquant le sujet dans ses relations avec autrui et dans sa position dans la société. Ces événements peuvent être regroupés en deux catégories : ceux qui concernent les relations interpersonnelles, tels que les conflits, les ruptures sentimentales, le deuil, les violences domestiques et les agressions physiques, et ceux qui touchent à des problèmes sociaux, tels que les difficultés légales, le chômage, les problèmes financiers. Cependant, cette distinction est artificielle, car de nombreux problèmes ont des répercussions à la fois sociales et interpersonnelles. Par exemple, le chômage affecte non seulement la position sociale de l'individu, mais aussi ses relations familiales et sentimentales, ainsi que son estime de soi.

En résumé, on peut dire que la plupart des motifs du suicide peuvent être ramenés à une seule notion : la perte. Dans toutes les situations évoquées, l'individu subit une forme de perte : perte de statut social, de sécurité financière, de relations interpersonnelles, d'estime de soi, etc.

Shneidman suggère que la douleur psychique, élément central du processus suicidaire, découle de la frustration des besoins psychologiques fondamentaux, tels que le besoin d'appartenance, d'affiliation, de réalisation et d'autonomie, ou le besoin d'éviter la honte. Ces besoins peuvent sembler interconnectés et mal définis dans leurs limites, mais ils reflètent surtout le fonctionnement social de l'individu. Lorsque ces besoins sont compromis, la

douleur psychique se manifeste, signalant un dysfonctionnement dans le système social de l'individu.

Dans une perspective plus large, Baechler propose une taxonomie des sens du suicide, regroupant les différents objectifs sous-jacents à cet acte. Cette taxonomie suggère que le suicide peut servir à diverses fins, telles que mettre fin à la douleur psychique, rétablir l'équilibre ou appeler à l'aide. Ces objectifs peuvent varier selon les individus et les circonstances, mais ils fournissent un cadre pour comprendre la diversité des motivations suicidaires.

Cependant, il est important de reconnaître que la rationalisation des motivations suicidaires peut être limitée par des processus psychologiques inconscients. Notre cerveau est souvent enclin à interpréter les événements et à attribuer des causes à nos actions sans nécessairement avoir accès à toutes les informations pertinentes. De plus, de nombreux processus psychologiques sous-jacents à nos pensées et à nos comportements restent largement inconscients, ce qui limite notre capacité à comprendre pleinement nos motivations et nos actions.

En fin de compte, la compréhension du suicide nécessite une approche holistique qui tient compte à la fois des motivations conscientes et des processus inconscients qui sous-tendent cet acte complexe. Cela implique également de reconnaître que les motivations et les objectifs du suicide peuvent être multiples et difficiles à saisir complètement.^{xvi}

4.2 Facteurs de risques courants :

Le facteur déclenchant la tentative de suicide était souvent des problèmes relationnels aigus avec les parents et/ou le partenaire amoureux. Un échec, une dispute ont déclenché une fureur et un désespoir qui ont résonné avec des pertes et des déceptions plus tôt dans la vie. D'autres raisons immédiates citées pour les tentatives de suicide comprenaient l'échec scolaire et les difficultés financières.

La littérature portait à croire que le suicide survient chez les individus déprimés. Les études actuelles réfutent cependant cette affirmation et soulignent d'autres domaines de risque tels que l'anxiété, la toxicomanie, les dysfonctionnements biochimiques et neurochimiques, ainsi que les facteurs psychosociaux liés au manque de soutien, au stress, aux maladies chroniques et au hasard. De plus, la vulnérabilité réelle d'un individu au suicide peut varier de jour en

jour. Cela soulève la question de savoir si le suicide est plus souvent le résultat d'une maladie mentale ou des aléas et du stress de la vie, qu'ils soient hormonaux, biochimiques ou situationnels.

Dans les données suédoises ; par exemple, les difficultés scolaires sont citées aussi souvent par les garçons que par les filles. Les tentatives de suicide parmi ce groupe de jeunes étaient plus souvent une tentative de communiquer la douleur d'une vie stressante plutôt qu'un véritable désir de mourir. Les proches des jeunes qui ont tenté de se suicider n'ont souvent pas remarqué les problèmes psychologiques de ces jeunes. C'est seulement après la tentative de suicide qu'ils ont remarqué que l'enfant était en détresse (Hulten et Wasserman, 1995).

L'un des objectifs des suicidologues est d'identifier les individus à risque afin que nous puissions les empêcher de se suicider. La percée la plus importante dans la recherche au cours des 20 dernières années est venue de l'identification de la sérotonine, et bien que cela revête une grande importance dans le domaine de la maladie mentale, il a peu de valeur pratique pour la plupart des professionnels ou des individus en première ligne de la prévention.

En somme, les facteurs pouvant conduire au suicide et à la tentative de suicide sont divers et non spécifiques. La liste des caractéristiques biochimiques, comportementales, psychologiques et sociales qui sont liés au suicide comprennent : .^{xvii}

La colère

Plusieurs auteurs ont indiqué que la colère peut être un état émotionnel souvent associé aux tentatives de suicide des adolescents. Cependant, très peu d'études empiriques ont été menées sur ce sujet

La Dépression

Comme pour les personnes qui se suicident, la dépression est un facteur de risque important, mais la dépression n'est en aucun cas nécessaire ou suffisante pour provoquer une tentative de suicide. Des études menées dans des hôpitaux psychiatriques trouvent une association entre la dépression et les tentatives de suicide. Friedman et coll. (1983) ont constaté que 27 des 28 adolescents hospitalisés qui avaient fait une tentative de suicide souffraient d'un trouble affectif .

L'impulsivité (Comportements impulsifs et antisociaux)

L'impulsivité a souvent été décrite comme un facteur de risque de suicide et comme une caractéristique de la personnalité des adolescents qui tentent de se suicider (Crumley, 1979 ; Kingsbury et al., 1999). Il a été démontré que le manque de contrôle des impulsions permet de distinguer les adolescents qui tentent de se suicider des adolescents souffrant d'une maladie aiguë (Slap et al., 1988). Cependant, l'impulsivité ne semble pas caractériser toutes les tentatives de suicide puisque les comparaisons de groupes n'ont trouvé aucune différence entre les patients suicidaires et les contrôles sur les mesures des certitudes sur l'impulsivité cognitive (Spirito et al., 1989). Au lieu de cela, l'impulsivité peut jouer un rôle important dans l'identification des sous-groupes à haut risque. Un suivi d'un an des tentatives de suicide a montré que les récidivistes étaient plus impulsifs que les non-récidivistes. En outre, il a été suggéré que les auteurs de tentatives de suicide impulsives proviennent de familles où l'action prime sur la médiation verbale et que les hommes qui tentent de se suicider peuvent être plus impulsif que les femmes (Marks et Haller, 1977). Enfin, il a été constaté que les auteurs de tentatives de suicide impulsives sont moins déprimés et ressentent moins de désespoir que les auteurs de tentatives de suicide non impulsifs.

Anxiété (Stress intense, honte ou perte)

L'anxiété a été identifiée comme un facteur de risque important de comportement suicidaire . Une étude de suivi portant sur des patients souffrant de troubles affectifs majeurs (Fawcett et al., 1990) a révélé que les symptômes d'anxiété étaient fortement liés au suicide dans l'année suivant l'évaluation. Certaines études indiquent également que les troubles anxieux sont associés à un risque accru de comportement suicidaire. La plupart des recherches sur l'anxiété en tant que facteur de risque de comportement suicidaire se sont concentrées sur la mesure de l'anxiété liée à l'état. Cette méthode peut ne pas être efficace si l'anxiété liée à l'état est considérablement réduite à la suite d'une tentative de suicide. Idéalement, les facteurs de risque utilisés à des fins prédictives devraient être stables (Hawton et Catalan, 1987). Ainsi, la recherche sur la relation entre l'anxiété et le comportement suicidaire pourrait gagner à se concentrer sur la mesure de l'anxiété en tant que trait plutôt qu'en tant que trait de caractère.

L'abus de substances

L'association fréquente entre les troubles des conduites, l'abus de substances et d'alcool et le trouble borderline (en particulier dans les échantillons cliniques où les biais de sélection peuvent jouer un rôle) rend difficile la détermination de leurs contributions relatives à la suicidalité ; en effet, les tendances suicidaires semblent augmenter avec la comorbidité.

Hérédité

Il y a vingt ans, les suicidologues ne mentionnaient pas la biochimie ou la prédisposition génétique, sauf pour nier le fait que le suicide pouvait être héréditaire. Aujourd'hui, les suicidologues admettent que le suicide est un phénomène familial et citent la base génétique de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie ainsi que la tendance héréditaire à un faible taux de sérotonine, qui peut mettre une personne en danger.

Puberté

Les changements complexes, à la fois physiques et psychologiques, que la puberté introduit chez les adolescents les plongent dans une période de transition tumultueuse. Ils perdent non seulement leur enfance et les privilèges qui l'accompagnaient, mais aussi le soutien maternel sur lequel ils comptaient auparavant, ce qui les confronte à leur vulnérabilité face aux exigences extérieures. Cette phase les oblige à renoncer à leur dépendance et à s'affirmer, mais ils se sentent souvent dépassés par les défis de l'indépendance qu'ils recherchent ardemment.

En même temps, cette période de bouleversements les confronte à la complexité de leur monde intérieur, où émergent des désirs parfois tabous et des émotions violentes liées à la sexualité naissante. Malgré l'existence de mécanismes de défense contre l'angoisse, beaucoup d'adolescents semblent se retrouver dans une impasse cognitive, incapables de trouver des solutions alternatives satisfaisantes à leurs tourments.

Dans cette tourmente intérieure, le suicide peut sembler une échappatoire, une façon paradoxale de trouver la paix en mettant fin aux angoisses et aux tensions internes. Pourtant, pour la plupart des adolescents, la mort n'est pas l'objectif ultime du suicide ; c'est plutôt une tentative de résoudre un conflit interne et de trouver une forme de soulagement, voire une renaissance vers quelque chose de différent. C'est une façon de vivre autrement, même si cela ne se réalise que dans le souvenir, comme un accès à un monde calme et paisible qui semble hors de portée dans leur réalité actuelle.^{xviii}

La rupture sentimentale

La réaction de certains adolescents lorsqu'ils vivent leur première rupture amoureuse, où ils se sentent pleinement investis dans une relation, peut se traduire par une décompensation émotionnelle. Cette situation n'est pas rare et la douleur causée par la séparation avec leur partenaire pourrait expliquer ces réactions cliniques, bien que ce ressenti ne soit pas

spécifique à l'adolescence et à la première rupture. En effet, de nombreux adolescents qui traversent une rupture ne connaissent pas de telles extrémités émotionnelles. Cependant, pour certains, cette épreuve semble les confronter à une impasse, où la seule issue semble être une réaction radicale, qu'elle prenne la forme d'une tentative de suicide ou de symptômes équivalents tels que des épisodes dépressifs ou de l'errance.^{xix}

La vulnérabilité individuelle

Comprendre comment une personne développe une disposition à la vulnérabilité ou à la résilience nécessite une analyse approfondie de la structure biologique de l'individu, de la structure psychoculturelle de son environnement, ainsi que de leur interaction, qui façonne la trajectoire de vie de l'individu en raison de son ancrage dans la mémoire biologique. La vulnérabilité ne peut pas simplement être déterminée par une apparente timidité passagère ou une sensibilité précoce ; elle découle principalement de la qualité des liens précoces, bien que les conditions de vulnérabilité puissent être compensées. Par exemple, dans les familles nombreuses où les figures d'attachement multiples existent, même si certaines relations sont conflictuelles, ces multiples liens peuvent compenser les lacunes dans les interactions parents-nourrissons. Cela conduit souvent à des relations sociales diversifiées à l'adolescence. En revanche, un enfant unique ayant une relation précoce avec une seule figure d'attachement, potentiellement dépressive, peut développer un style de socialisation restreint plus tard dans la vie.

Boris Cyrulnik souligne la prévalence des idées suicidaires à l'adolescence. Il réfute l'idée que cela soit dû à une plus grande vulnérabilité liée à la poussée hormonale de testostérone en soulignant la fréquence plus élevée des tentatives de suicide chez les jeunes femmes que chez les garçons. Il évoque plutôt une mémoire biologique qui perturbe l'adaptation émotionnelle aux défis de l'environnement et altère la capacité à évaluer objectivement les frustrations et les contrariétés. Cette vulnérabilité peut être réactivée par une représentation de soi influencée par des expériences émotionnelles antérieures, ce qui peut conduire à des comportements suicidaires.

La construction de l'image de soi, en particulier pendant l'adolescence, est influencée par des différences entre les garçons et les filles, ainsi que par les pratiques éducatives. La puberté affecte différemment les deux sexes, et la construction de l'identité sexuelle peut être une épreuve, surtout lorsque l'individu se sent désespéré ou en conflit avec son identité sexuelle. Les adolescents suicidaires sont souvent confrontés à des défis identitaires et sociaux qui

réactivent ou exacerbent leur vulnérabilité, notamment en l'absence d'un environnement familial propice à la communication.^{xx}

La TS est apparue comme un épiphénomène lié à l'adolescence. Sans aller jusqu'à dire que tout adolescent avait en tête des idées suicidaires et que ceux qui passaient à l'acte ne se différenciaient pas profondément de ceux qui s'en absteignent, il convenait de reconnaître qu'un adolescent commettant un acte suicidaire souffrait rarement de troubles mentaux.

En quelque sorte, idées suicidaires et TS faisaient partie de la « crise d'adolescence ». Ce n'était que dans les cas de récurrence qu'on retrouvait plus volontiers des pathologies mentales clairement identifiables.^{xxi}

Ceux qui sont spécifiques au suicide sont désormais réduits à :

1. Des antécédents de comportements suicidaires antérieurs ou des antécédents familiaux de violence ou suicide
2. Être témoin d'un suicide
3. Faibles concentrations de métabolite de la sérotonine, acide 5-hydroxyindoleacétique
4. (5-HIAA) et acide homovanillique (HVA) dans le liquide céphalo-rachidien
5. Accès à une arme mortelle telle qu'une arme à feu, une voiture ou de la drogue
6. déficits en résolution de problèmes.
7. perfectionnisme.^{xxii}

4.3 Facteurs biologiques influençant le comportement suicidaire chez les adolescents :

Sérotonine et suicide

Par conséquent, l'un des domaines de recherche clinique les plus urgents dans le domaine de la suicidalité chez les adolescents est d'identifier les facteurs, autres que les troubles psychiatriques, qui prédisposent au suicide. Certaines recherches ont suggéré un lien avec des traits de personnalité héréditaires liés à l'impulsivité, à l'agressivité et au manque de stabilité émotionnelle face au stress provoqué par les événements de la vie. Ces facteurs de personnalité semblent être liés à un dysfonctionnement sérotoninergique

Le polymorphisme du gène de la tryptophane hydroxylase

Sur la base d'études génétiques et de découvertes reliant la sérotonine au comportement suicidaire, certains chercheurs ont suggéré que le gène codant pour l'enzyme limitante du métabolisme de la sérotonine, la tryptophane hydroxylase (TPH), est un gène candidat pour le comportement suicidaire.

La sérotonine et la psychopathologie développementale du comportement suicidaire

Quelle que soit l'étiologie des comportements suicidaires chez les jeunes, les tentatives de suicide et le suicide sont extrêmement rares avant la puberté. Ryan et coll. (1992) ont signalé des réponses altérées de la prolactine et du cortisol au l-5-HTP chez des enfants prépubères et déprimés, mais n'ont trouvé aucune corrélation avec l'agressivité ou les tendances suicidaires. Kruesi et coll. (1990) ont examiné les corrélats d'un faible taux de 5-HIAA dans le LCR et n'ont trouvé aucune corrélation avec l'agressivité chez les garçons préadolescents. Cependant, lors du suivi, lorsque les garçons avaient environ 14 ans, une forte corrélation a été observée (Kruesi et al., 1992). Brent (1997) a suggéré que l'agressivité, en particulier l'agressivité impulsive ou réactive, est antérieure au comportement suicidaire, mais que jusqu'à ce que l'enfant entre dans la puberté et devienne exposé à d'autres conditions pathologiques, comme la dépression ou la toxicomanie, le risque de comportement suicidaire reste latent.

Système Gamma-aminobutyric acid/benzodiazepine

Animal studies have provided increasing evidence that the gamma-aminobutyric acid (GABA)/benzodiazepine system may function as a modulator of aggressive behavior. Increasing central GABAergic activity appears to decrease some types of aggressive behavior in rats and mice, while GABA antagonists appear to induce aggressive behavior.

Hormones

En synthèse, les études sur la relation entre les hormones, principalement la testostérone, et le comportement agressif chez les hommes montrent des résultats variés. Alors que certaines recherches, comme celles de Persky et al. (1971) et Scaramella et Brown (1978), ont trouvé des corrélations entre la testostérone et l'agressivité chez les jeunes hommes, d'autres études, telles que celle de Matthews (1979), n'ont pas trouvé de lien significatif.

En résumé, la relation entre les hormones et l'agressivité est complexe et peut être influencée par des facteurs tels que l'âge et d'autres hormones, ainsi que par des variables sociales et environnementales.^{xxiii}

Cholestérol et insuline

De plus, des facteurs hormonaux autres que la testostérone, comme l'insuline et le cholestérol, semblent également jouer un rôle dans le comportement agressif, comme rapporté par Virkkunen (1983b) et Virkkunen et Penttinen (1984).^{xxiv}

Facteurs de risques et enfant

. On observe une augmentation de la "négligence affective" envers les enfants, due aux changements dans les structures familiales, aux pressions du monde moderne et aux conditions de vie qui compromettent la continuité des soins et la stabilité des figures d'attachement. Alors que les structures familiales traditionnelles sont perturbées par des facteurs tels que le divorce et la monoparentalité, le tissu social adulte tend également à se dessécher affectivement, privilégiant les relations utilitaires ou basées sur l'intérêt plutôt que les relations affectives, amicales ou amoureuses, ainsi que le simple respect et la considération. De plus, les facteurs culturels liés à la mobilité des populations et aux difficultés rencontrées par les migrants contribuent souvent à un isolement affectif des familles, ce qui rend plus complexe l'investissement émotionnel envers les enfants. Ainsi, la prévention du suicide se situe dans la reconstruction du tissu social dans son ensemble.^{xxv}

4.4 Les moyen utilisé lors du suicide :

1. les Méthodes actives et passives:

Les méthodes actives incluent l'automutilation, comme la pendaison, le saut d'une hauteur ou l'utilisation d'une arme à feu.

Les intoxications par des médicaments, des gaz ou des liquides sont considérées comme des méthodes passives.

Petite mise au point Statistiques:

- L'ingestion de drogues est la méthode la plus courante (75,5 % des tentatives).
- Les analgésiques (comme l'aspirine et l'acétaminophène) sont souvent utilisés.

- Les blessures par coupure et perçage représentent 11,1 % des tentatives.
- Les armes à feu (63,7 %) et la suffocation/pendaison (18,5 %) sont les principales causes de décès par suicide.

Autres méthodes:

- L'intoxication aux analgésiques (paracétamol) est fréquente chez les jeunes.
- D'autres méthodes incluent l'auto-mutilation avec des objets tranchants, la noyade, etc.

Le Rôle de l'alcool:

- L'alcool peut jouer un rôle dans le relâchement des inhibitions et précipiter les comportements suicidaires

5.le diagnostic et prise en charge des suicidants :

1 . le diagnostic :

Le point important à retenir lors du diagnostic est que si le comportement suicidaire est un symptôme et non une entité pathologique, il peut apparaître dans presque toutes les catégories de diagnostic et nous ferions mieux d'aborder les individus suicidaires avec un modèle thérapeutique qui recherche où ils vont bien plutôt que où ils sont « malades ».

En termes de diagnostic, le thérapeute peut utiliser la psychothérapie de soutien le plus souvent. efficace auprès des patients psychotiques et borderline et comme première approche auprès des patients présentant des difficultés névrotiques ou des troubles du caractère. Avec les personnes fragiles, une approche de soutien peut suffire. Il s'agit peut-être de la meilleure approche initiale pour ceux dont l'organisation est moins fragile mais dont la capacité d'adaptation est réduite.

Le thérapeute peut prescrire des médicaments pour soulager l'anxiété ou diminuer la dépression, ou une hospitalisation, pour protéger le patient et alléger la pression sur le patient et sa famille. Les médicaments ou l'hospitalisation peuvent permettre à la famille de regrouper ses ressources émotionnelles.

Une fois les objectifs de la psychothérapie de soutien atteints, le thérapeute peut passer à une thérapie orientée vers la perspicacité et axée sur la situation de vie du patient.

Thérapie familiale est utilisée lorsque les difficultés du patient reflètent des difficultés persistantes avec la famille ou lorsqu'il existe une pathologie identifiable chez d'autres membres de la famille. L'objectif est d'aider la famille à prendre conscience des conflits émotionnels sous-jacents et d'ouvrir le potentiel de changement. L'accent est mis sur le processus et non sur l'individu.

Quel que soit le modèle choisi – thérapie cognitive, thérapie comportementale, psychothérapie psychanalytique, thérapie familiale ou toute autre méthode de thérapie – la manière dont le traitement est mené est un facteur plus important que le modèle de traitement.

La clé pour travailler avec des personnes suicidaires est d'être chaleureux et réactif sans être trop familier ou expansif. Il est rarement (voire jamais) bénéfique de rester à l'écart car les individus suicidaires, déjà sensibles au rejet, interpréteront l'anonymat analytique comme un rejet et se sentiront aliénés du thérapeute.

Les patients veulent voir leurs thérapeutes comme une puissante source de sagesse. De nombreuses personnes suicidaires veulent voir leurs thérapeutes comme plus que puissants, elles veulent les voir comme tout-puissants. Un thérapeute doit dire au patient que, même s'il souhaite être là en cas de besoin, aucun thérapeute ne peut être disponible 24 heures sur 24, jour et nuit.

Les personnes suicidaires sont très souvent égocentriques (même si elles peuvent avoir l'impression de n'avoir ni soi ni centre). Ils s'attendent à ce que leur thérapeute les attende au téléphone et ne comprennent pas si leur thérapeute n'est pas là au moment précis où ils ont besoin d'une intervention. Il existe souvent un équilibre fragile entre la vie et la mort, un équilibre aussi fragile qu'une réponse à l'autre bout du fil. Le thérapeute doit faire connaître ses limites humaines.

Un autre problème lié au travail avec des patients suicidaires est celui de la fatigue et de l'épuisement professionnel pour le thérapeute. Freud a déclaré qu'un médecin qui voit 10 patients par jour révèle une tentative de suicide cachée. Imaginez ce que Freud aurait dit du thérapeute qui voit 10 patients suicidaires par jour – peut-être que sa tentative n'est plus dissimulée.

Nous sommes aujourd'hui bien des années après Freud, plus de 50 ans après la publication en 1938 du livre phare de Karl Menninger sur le suicide, *L'homme contre lui-même*, et presque à

la fin du 20^e siècle. Sommes-nous plus près de résoudre les questions de l'autodestruction et du suicide ?

Nous avons fait quelques pas en avant : nous reconnaissons désormais le fait que les enfants et les adolescents peuvent se suicider et se suicident, nous avons considérablement amélioré les méthodes de collecte de données, nous avons accru la sensibilisation nationale aux pertes de vies humaines par suicide, nous avons mis en œuvre des programmes de sensibilisation publique. Education et programmes de réponse communautaire aux crises, et nous avons approfondi notre compréhension des origines biologiques de la dépression, de la schizophrénie, de la psychose maniaco-dépressive et des comportements violents.

À bien des égards, cependant, nous semblons avoir fait un pas en arrière. Nous nous détruisons nous-mêmes et nous détruisons les uns les autres à un rythme toujours plus rapide et en nombre toujours croissant par des homicides et des suicides, avec des armes à feu, des automobiles, des drogues et une pollution toxique, et nous sommes menacés d'une destruction mondiale totale avec les armes nucléaires de notre propre fabrication.

Au cours du dernier demi-siècle, depuis que Menninger a écrit *L'Homme contre lui-même*, nous avons continué à nous tourner vers la science médicale, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la biochimie, l'épidémiologie, la psychiatrie et la religion pour trouver des réponses à nos questions.

MAIS des questions sur l'étiologie, les symptômes, la prévention et le traitement du suicide. Pourtant, 50 ans après Menninger, 20 ans après Johns Hopkins et presque au XXI^e siècle, les réponses à l'autodestruction individuelle et mondiale nous échappent encore.^{xxvi}

Conclusion

Le traitement est la dernière étape pour aider une personne à faire face aux conflits qui génèrent une crise suicidaire. Les choix les plus appropriés pour le traitement des personnes suicidaires semblent être la psychothérapie de soutien, suivie d'une psychothérapie orientée vers la perspicacité ou d'une thérapie familiale.

Une psychothérapie de soutien renforcera les défenses de la personne et aidera à contrôler les pensées et les sentiments perturbateurs. Contrairement à la thérapie psychanalytique, elle se concentre sur les difficultés présentes et évite de sonder le passé ou l'inconscient. Il est utilisé plus efficacement chez un patient qui éprouve de l'anxiété, du stress ou des troubles (comme dans la plupart des états suicidaires), ou lorsqu'un individu ayant un potentiel psychotique

devient ouvertement psychotique ou entre dans une décomposition aiguë avec des connotations psychotiques.

- **Traitement pharmacologique des comportements suicidaires :**

Il est essentiel de prendre en compte les différentes options de traitement pour les patients suicidaires. Voici quelques points importants à considérer :

A. Antidépresseurs classiques (ATC) vs. ISRS :

Les ATC sont moins coûteux et tout aussi efficaces que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

La miansérine et la Trazodone sont bien tolérées, mais leur effet antidépresseur par rapport aux ATC nécessite une évaluation plus approfondie.

Les inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase (IMAO) peuvent être envisagés en deuxième intention, compte tenu des interactions pharmacologiques.

B. Neuroleptiques pour la prévention des comportements suicidaires:

Les neuroleptiques à libération prolongée peuvent être utiles pour réduire les comportements suicidaires chez les patients atteints de troubles de la personnalité. Le mode d'administration régulier assure l'observance et réduit les comportements impulsifs.

○

C. L'utilisation du lithium:

Le lithium a un effet bénéfique documenté sur les comportements suicidaires cependant une consultation psychiatrique préalable s'impose.⁶

6. La prévention :

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique, et elle peut être abordée à différents niveaux. Voici quelques points importants concernant la prévention du suicide :

1. L'approche sociale

L'éducation du public et la réduction des risques environnementaux font partie de l'approche sociale. Les programmes nationaux de prévention du suicide se sont concentrés sur les jeunes, car leur taux de suicide a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières décennies.

Réduction de la disponibilité des agents mortels:

Les armes à feu sont responsables de plus de suicides que toutes les autres méthodes combinées, avec 65 % de tous les suicides d'adolescents commis avec des armes à feu. La limitation de l'accessibilité aux armes à feu pourrait sauver la vie d'environ 20 % de nos jeunes (Cantor, 1987c).

L'analogie avec les ceintures de sécurité s'applique ici : retirer les armes ne résout pas les problèmes sous-jacents, mais cela donne une chance de survivre et de résoudre les problèmes.

L'empoisonnement, généralement avec des médicaments sur ordonnance, est la deuxième méthode de suicide la plus courante, représentant 11,3 pour cent de tous les suicides. La disponibilité des médicaments mortels pourrait être limitée en limitant le nombre de comprimés autorisés avec chaque ordonnance. Ce genre de résolution législative On pense que l'administration de médicaments sédatifs et hypnotiques est en grande partie responsable de la baisse du taux de suicide en Australie dans les années 1960 et 1970. De plus, les antidépresseurs tricycliques pourraient être vendus avec un émétique ou un antidote. Si une personne faisait une surdose et changeait d'avis ou était découverte, un antidote pourrait être administré et une vie pourrait être sauvée. On estime que cela permettrait d'éviter environ 3 pour cent des suicides d'adolescents par an (Cantor, 1989a).

La pertinence de restreindre l'accès aux moyens létaux en tant que stratégie efficace de prévention du suicide en période de crise suicidaire est difficile à appréhender. On pourrait penser qu'en empêchant l'utilisation d'un moyen, la personne en crise pourrait simplement en trouver un autre si elle est réellement déterminée à mettre fin à sa vie. Cette approche reflète celle d'une personne rationnelle habituée à évaluer différentes options en situation de calme émotionnel. Cependant, cette logique ne s'applique pas nécessairement aux individus en crise suicidaire. Il est efficace de proposer deux explications non mutuellement exclusives.

Premièrement, la crise suicidaire est souvent caractérisée par des perturbations cognitives et émotionnelles profondes et accablantes qui peuvent conduire à des pensées et des actions suicidaires. Lorsque le plan initial est entravé ou rendu plus difficile, ces perturbations peuvent entraver la capacité de l'individu à envisager rapidement une alternative. Les mêmes processus qui conduisent à l'idée de suicide lorsque des obstacles se présentent dans la vie du sujet peuvent également l'empêcher de passer à l'acte lorsque le moyen suicidaire est inaccessible.

Deuxièmement, de nombreux gestes suicidaires sont marqués par une certaine ambivalence, comme mentionné précédemment. Cette ambivalence maintient le sujet en équilibre entre les désirs de vivre et de mourir. L'obstacle créé par la difficulté d'accès à un moyen létal peut retarder le geste suicidaire, car il force le sujet à différer son action. Temporairement, cela peut favoriser l'inaction en raison de l'ambivalence et ainsi augmenter les chances de survie. Ainsi, la réduction de l'accès aux moyens létaux n'est pas tant vue comme une solution à part entière à la crise suicidaire, mais plutôt comme un moyen pragmatique de retarder temporairement le passage à l'acte tragique, en attendant que des interventions plus spécifiques et durables puissent être mises en place pour adresser la crise sous-jacente.

La crise suicidaire peut également être interprétée comme une rupture d'équilibre, à la fois métaphorique et physiologique. Nous avons avancé il y a quelques années avec Philippe Courtet à Montpellier que le passage à l'acte suicidaire pourrait être envisagé dans certains cas comme la conséquence d'une perturbation de l'homéostasie, un concept physiologique décrivant le maintien d'un état d'équilibre interne malgré les stress externes. Des observations suggèrent que chez les individus suicidaires, il existe une altération de l'homéostasie, comme en témoigne le lien entre les troubles du sommeil et les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide complet, indépendamment de la dépression. Cette association renforce l'idée d'une perturbation de l'équilibre interne chez les personnes suicidaires, mettant en évidence la complexité de la crise suicidaire et la nécessité d'approches intégrées pour la prévention et la gestion.^{xxvii}

En résumé : Ainsi, les stratégies de prévention qui semblent avoir le plus grand impact sur le suicide chez les jeunes sont la limitation de la disponibilité des armes à feu et des médicaments, ainsi que les programmes d'éducation en santé mentale positive^{xxviii}.

Les chercheurs commencent également à identifier avec prudence des facteurs qui peuvent protéger ou renforcer la résilience. Par exemple, la pratique religieuse régulière au sein de la famille peut être considérée comme un facteur protecteur. Cela nous amène à réfléchir sur la probabilité qu'un adolescent, qui n'a jamais tenté de se suicider, ne souffre d'aucune maladie mentale ou de distorsion cognitive, dont l'orientation sexuelle est stable, qui réussit bien à l'école, qui a des relations harmonieuses avec ses parents, eux-mêmes sans antécédents de tentative de suicide, qui n'a jamais été maltraité ni abusé, dont le statut socio-économique est favorable, et qui participe régulièrement à des activités religieuses, ait peu de chances de faire une tentative de suicide. Pourtant, cette absence de facteurs de risque pourrait elle-même être considérée comme un risque, le privant de l'expérience nécessaire pour faire face à l'adversité.

La question fondamentale est de savoir si la résilience psychologique ne nécessite pas au moins une certaine exposition à l'adversité. Les études actuelles semblent souvent négliger cette dimension psychologique, réduisant l'adolescent à une série de facteurs externes qui l'influenceraient, comme les photons sur une pellicule photographique. Bien sûr, une prise en compte complète de ces facteurs de risque devrait conduire à des mesures de santé publique protectrices, mais celles-ci sont souvent politiquement coûteuses ou attentatoires à la liberté individuelle.

En conséquence, les conclusions pratiques de ces études se limitent souvent à des recommandations générales, laissant de côté la singularité des histoires de vie et l'expérience clinique.

Cette approche, axée sur l'objectivité des chiffres, soulève des questions sur la prise en compte de la subjectivité dans la médecine, en particulier lorsqu'il s'agit de comprendre les tentatives de suicide. Une description phénoménologique et psychopathologique de ces actes devrait intégrer la subjectivité du clinicien, reconnaissant ainsi la complexité de ces situations.^{xxix}

POURQUOI LES ÉCOLES DOIVENT-ELLES ÊTRE IMPLIQUÉES DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE ?

En plus des preuves émergentes selon lesquelles les programmes scolaires de prévention du suicide peuvent être efficaces (par exemple, Kalafat, 2003 ; D. N. Miller et al., 2009 ; Robinson et al., 2013 ; Singer et al., 2019 ; Was-Serman et al., 2015 ; York et coll., 2013 ; Zenere et Lazarus, 1997, 2009), les écoles devraient participer aux efforts de prévention du suicide chez les jeunes pour de nombreuses autres raisons.

Premièrement, étant donné le temps considérable que les enfants et les adolescents passent à l'école, les établissements d'enseignement constituent un lieu idéal pour des efforts ciblés de prévention du suicide. Les écoles sont des lieux où « l'attention des élèves est relativement captive, où l'enseignement et l'apprentissage sont des tâches normatives et où les interactions entre pairs peuvent être mobilisées autour d'un thème commun » (Bermanet coll., 2006, p. 313).

Deuxièmement, le personnel scolaire a la responsabilité éthique de déployer des efforts raisonnables et appropriés pour prévenir le suicide chez les jeunes autant que possible, notamment en créant des politiques et des procédures claires sur ce sujet (Jacob, 2009).

Troisièmement, il existe une relation étroite entre le suicide chez les jeunes et les problèmes de santé mentale, et le personnel scolaire est de plus en plus invité à jouer un rôle plus important dans la résolution de ces problèmes, notamment dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale (Mazza et al., 2016 ;DN Miller, Gilman et Martens, 2008 ; Power, DuPaul, Shapiro et Kazak, 2003). Même si certains personnels scolaires peuvent s'interroger sur le bien-fondé de cette responsabilité, ils n'ont finalement que peu de choix en la matière, étant donné qu'aucun établissement autre que le système scolaire, supervise les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents (Mazza & Reynolds, 2008). La présence de problèmes de santé mentale est un facteur de risque majeur pour le développement de comportements suicidaires, et la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale constituent une caractéristique majeure des programmes efficaces de prévention du suicide.

Une quatrième raison pour laquelle les écoles devraient s'impliquer dans la prévention du suicide est la pénurie de professionnels de la santé mentale formés pour répondre aux comportements suicidaires des jeunes. En général, la formation adéquate des professionnels de la santé mentale à l'évaluation et à la prise en charge des personnes suicidaires est étonnamment limitée (Schmitz et al., 2012), et cela s'étend aux professionnels de la santé mentale en milieu scolaire. Par exemple, plusieurs enquêtes nationales indiquent que les psychologues scolaires estiment avoir besoin d'une formation supplémentaire en évaluation du risque de suicide (D. N. Miller et Jome, 2008), en prévention et en intervention (Debski et al., 2007; D. N. Miller et Jome, 2010) et en postvention. (O'Neill et al., 2020). Compte tenu de cette situation, divers praticiens scolaires bénéficieraient clairement d'informations et de formations supplémentaires sur ces sujets.

Une autre raison importante pour laquelle le personnel scolaire s'implique plus activement dans la prévention du suicide est son lien avec la fonction première de l'école : l'éducation. Par exemple, de faibles résultats scolaires ont été associés à la fois à la dépression et aux comportements suicidaires (Thompson, Connelly, Thomas-Jones et Eggert, 2013). Une étude a révélé que les adolescents ayant une faible capacité de lecture sont plus susceptibles d'avoir des idées ou des tentatives suicidaires et d'abandonner leurs études que les jeunes ayant une capacité de lecture typique, même en tenant compte des variables psychiatriques et démographiques (Daniel et al., 2006).

De même, il peut également exister une relation entre la performance scolaire perçue et le comportement suicidaire des jeunes. Par exemple, une étude a révélé que les perceptions

d'échec scolaire étaient associées à une probabilité accrue de tentative de suicide parmi un groupe d'adolescents, même en tenant compte de l'estime de soi, du lieu de contrôle et des symptômes dépressifs (Richardson, Bergen, Martin, Roeger et Allison, 2005). Une étude de suivi longitudinale a révélé que le rendement scolaire perçu, ainsi que l'estime de soi et le lieu de contrôle, étaient significativement associés au comportement suicidaire, le rendement scolaire perçu étant considéré comme un prédicteur particulièrement bon à long terme (Martin, Richardson, Bergen, Roeger et Allison, 2005).

Pour éviter toute confusion possible, ces résultats ne doivent pas être interprétés comme suggérant que les problèmes scolaires des enfants ou des adolescents, ou même les problèmes scolaires perçus, entraîneront généralement ou inévitablement une augmentation des comportements suicidaires des élèves. D'après ce que nous savons sur les variables causales possibles associées au suicide, les problèmes scolaires ne mèneraient pas, à eux seuls et isolément, au développement d'un comportement suicidaire. Néanmoins, ces études et d'autres illustrent la relation significative entre la santé mentale des étudiants et leur réussite scolaire (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor et Schellinger, 2011 ; Taylor, Oberle, Durlak et Weissberg, 2017) et fournissent le rappel utile que l'amélioration dans l'un de ces domaines peut avoir des effets positifs dans l'autre (D. N. Miller, George et Fogt, 2005). Pour Par exemple, l'amélioration de la réussite scolaire des étudiants a souvent pour effet collatéral d'améliorer leur comportement et leur santé mentale (Berninger, 2006). Par conséquent, les interventions efficaces en matière de santé mentale et les interventions académiques efficaces doivent être considérées comme complémentaires et intégralement liées Il existe une relation étroite entre le suicide chez les jeunes et les problèmes de santé mentale, et on demande de plus en plus au personnel scolaire de jouer un rôle plus important dans la résolution de ces problèmes, particulièrement dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Le personnel scolaire a la responsabilité éthique de déployer des efforts raisonnables et appropriés pour prévenir le suicide chez les jeunes autant que possible, notamment en créant des politiques et des procédures scolaires claires sur ce sujet.

Compte tenu du temps considérable que les enfants et les adolescents passent à l'école, les établissements d'enseignement constituent un lieu idéal pour des efforts ciblés de prévention du suicide. .

Les stratégies préventives :

I. La première stratégie

- **Améliorer l'information et la compréhension**

- a) Enquête nationale sur la morbidité
- b) Stratégie d'information du public :

Le gouvernement a également lancé une stratégie d'information publique sur trois ans, coûtant 300 000 \$ par année, pour améliorer l'attitude du public à l'égard de la maladie mentale et promouvoir une meilleure compréhension de la maladie mentale et des services de santé mentale

- c) Surveillance des résultats en matière de santé :

Le gouvernement prévoit de mesurer régulièrement les résultats en matière de santé ainsi que la mortalité

- **Développement de bonnes pratiques (processus)**

Les systèmes d'information sur la santé mentale, dans leur forme la plus simple, comprennent une liste de toutes les personnes en contact avec les services de soins secondaires, par âge, sexe et diagnostic ; mais beaucoup sont désormais beaucoup plus complexes et englobent des informations cliniques de base sensibles. et développent ainsi des usages cliniques et administratifs.

De bons systèmes d'information sur la santé mentale sont essentiels pour la prise en charge des maladies mentales graves, car l'information fait partie intégrante de l'évaluation des besoins ; gestion et planification des ressources ; travail conjoint entre les professionnels de la santé et des services sociaux ; assurer la prestation efficace de soins appropriés, en mesurant l'efficacité des différents traitements et des différents contextes, pour l'audit clinique et la recherche ; fournir la base d'une passation de marchés plus raffinée ; et pour évaluer les coûts.

- **Politique sur les maladies mentales mineures et modérées**

Le ministère de la Santé a commandé un certain nombre de projets de développement visant à améliorer les soins de santé mentale en médecine générale, et ceux-ci sont en cours d'évaluation en termes de rentabilité, de changement dans les connaissances et les attitudes des médecins généralistes et de résultats pour les patients. Le ministère de la Santé a

également nommé un Senior GP Fellow, au Royal College of GPs, pour prendre la tête du développement national du programme de formation continue.

Le gouvernement s'attaque également à la santé mentale sur le lieu de travail, où là encore les principaux problèmes sont les mêmes que pour les soins primaires, c'est-à-dire qu'il existe une forte prévalence de morbidité, une proportion importante de morbidité non détectée, « cachée », et celle qui est reconnue est pas toujours géré de manière optimale. Cette morbidité non traitée et mal gérée a de vastes conséquences sur la santé publique (le CBI a récemment estimé le coût à 5 milliards de dollars pour l'économie), tant pour l'économie que pour les individus et leurs familles.

- **La prévention du suicide :**

Se fait comme tel :

- **La réduire à l'accès aux moyens de suicide :**

la suppression de l'accès à une méthode de suicide n'entraîne qu'une substitution partielle par d'autres méthodes. Il vaut donc la peine d'explorer les possibilités de réduire la disponibilité de certaines méthodes de suicide, par ex. par l'utilisation accrue de pots catalytiques sur les pots d'échappement des véhicules réduisant la toxicité des fumées, l'adaptation des pots d'échappement des voitures pour empêcher l'installation de tubes ; l'utilisation de plaquettes thermoformées pour le paracétamol ...etc. .

- **Audit et recherche**

L'audit peut améliorer la pratique. Le gouvernement a mis en place une enquête nationale confidentielle sur les homicides et les suicides commis, qui constituera une source continue d'informations pour contribuer à la prévention. Les services sont également encouragés à mettre en place des audits multidisciplinaires locaux sur le suicide et beaucoup l'ont fait. Le gouvernement investit également dans une série d'études détaillées sur le suicide afin d'établir de meilleures méthodes de prévision des personnes les plus à risque et des méthodes de prévention.^{xxx}

La seconde attitude qui participe aux soins a pour objectif essentiel de calmer, contenir et protéger.

L'acte suicidaire correspond souvent à une tentative de contenir par ses seuls mécanismes de défense psychique.

L'excitation entoure fréquemment le geste suicidaire, majorant l'excitation interne et concourant à une sorte de renforcement négatif. Pour peu que cette excitation de l'entourage combinée à celle du jeune soit l'occasion de bénéfices secondaires notables (par exemple, atténuation temporaire des conflits familiaux ou obtention par l'adolescent de ce que ses parents lui refusaient avant la tentative), alors les conditions d'une appétence traumatophilique peuvent être posées, ce qui conduit à une menace accrue de répétition. Mais calmer ne signifie en aucun cas banaliser ! de répétition.

Calmer signifie que le consultant de première ligne ne réagit pas par des contre attitudes où sa propre subjectivité l'emporte sur l'évaluation objective de la situation, ne formule pas un « pronostic » immédiat avant toute évaluation sérieuse et argumentée (que ce pronostic soit faussement rassurant et banalisant : « Ce n'est rien... », ou qu'au contraire il soit d'emblée alarmiste comme on le voit parfois : « Attention c'est très grave, ça va recommencer ... »). De ce point de vue, l'existence d'un protocole à suivre en cas de TS apparaît comme un guide précieux, rassurant le clinicien à certains égards, lui donnant des stratégies et une « conduite à tenir » (selon l'expression médicale consacrée), toutes choses susceptibles de canaliser l'angoisse des uns et des autres, celle des proches du suicidant comme celle des professionnels. comme celle des professionnels. comme celle des professionnels. comme celle des professionnels.

Contenir consistera à s'assurer, autant que faire se peut, que les délimitations interindividuelle intrafamiliales sont respectées, que l'excitation du sujet ne le détruira pas lui-même et qu'il y a des moyens autres que le geste suicidaire pour tenter d'évacuer une excitation débordante ; bien sûr, cet apprentissage demande un minimum de temps et repose en grande partie sur la qualité du cadre de soin initial.

Protéger conduit le clinicien à poser des limites, somatiques comme psychologiques, à l'adolescent comme aux parents, face à un acte dont il est, dans l'immédiat, souvent difficile de connaître la signification psychopathologique et de prévoir les conséquences concrètes. En France, l'option a été

prise de choisir d'hospitaliser les suicidants pour répondre au mieux à ces deux derniers objectifs, contenir et protéger, mais cette option va souvent à l'encontre de la première et est susceptible de rajouter de l'excitation à une situation individuelle et familiale qui en présente déjà trop.

Conclusion En matière de programme de prise en charge, de nombreuses stratégies sont proposées : prise en charge ambulatoire intensive temporaire (interventions de crise), hospitalisation de jour, protocole thérapeutique particulier souvent dans le cadre d'une thérapie brève (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale), etc.

Dans la littérature scientifique, on ne trouve pas d'études comparant l'efficacité de ces diverses méthodes et, quand bien même il y en aurait, il resterait à savoir ce qu'on évalue vraiment et sur quelle durée porte cette évaluation (six mois, un an, plusieurs années...). Il est donc très difficile d'avoir une idée objective et argumentée pour justifier de tel ou tel modèle de prise en charge, le « consensus » ayant en cette affaire valeur de « preuve »^{xxx}

Partie pratique :

La partie

Pratique

Partie pratique :

I. Les objectifs de notre étude :

L'objectif principale : l'évaluation de la prévalence des tentatives de suicides reçu aux urgences médico-chirurgicale du CHU ET EHS TLEMCEN chez les enfants et adolescents durant une période s'étalant sur 20 mois (du 01 mars 2022 au 01 octobre 2023).

L'objectif Secondaire : Décrire les caractéristiques socio-démographiques des enfants et adolescents suicidant.

II. L'intérêt de notre étude :

Les tentatives de suicide posent un problème de prise en charge urgente et efficace souvent rencontrées au niveau des urgences générale ou psychiatrique.

III. Matériels et méthodes :

A. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective effectuée durant une période de 20 mois allant du 01 mars 2022 au 01 octobre 2023 au niveau du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen durant l'année universitaire 2023/2024 .

B. Population étudiée :

Notre étude s'est portée sur des enfants et adolescents, des deux sexes confondus reçu au niveau du C.H.U ET EHS de Tlemcen.

1) Critères d'inclusions :

Nous avons inclus dans notre étude la population de patients dont l'âge varie entre (00-19 ans) , reçus aux urgences pédiatrique et au UMC du CHU ET EHS de Tlemcen pour lesquelles un avis psychiatrique fut demandé suite à leur TS .

2) Critères de non inclusions :

Partie pratique :

N'ont pas été inclus au sein de notre étude les patients :

- Ou la TS était jugée accidentelle.
- Dont la TS à abouti à leur mort : patient suicidés.

3) Taille de l'échantillon :

La populations de notre étude est composé de 43 patients .

C. Recueil des données :

Le recueil des données de notre étude s'est basé sur ce qu'on a pu collecté à partir du registres de garde des urgences psychiatriques du CHU de Tlemcen ainsi que sur les interrogatoire entrepris avec patients suicidant vu durant notre stage d'internat .

D. Les limites de notre étude :

Notre étude aurait eu certainement plus de crédibilité si toutes les contraintes étaient surmontées. Pour celles-ci, nous pouvons citer :

- ✓ La courte période d'étude et par conséquent le faible échantillonnage.
- ✓ L'absence de certaines informations importantes mentionnées sur les registres de garde à titre d'exemple : le déroulement de l'acte suicidaire , lieu et l'heure de la TS, la posologie des médicaments utilisés pour la TS .
- ✓ L'absence de l'appréciation courante du R.U.D.

E. Le traitement des données :

Nous avons conçu une base de données sur Google Forms associé à Microsoft Excel où les données épidémiologiques et clinique ont été reportés pour l'analyse statistique.

Les graphes ont été ensuite établie après transfert des données sur Microsoft office Excel.

Les résultats sont présentés sous forme d'effectif et/ou de pourcentage.

F. La présentation du questionnaire :

Le questionnaire de l'étude a été établie suite à un travail de recherche littéraire portant sur les conduites suicidaires, et principalement sur les facteurs de risque du suicide .

Partie pratique :

Le questionnaire comporte au total 43 items.

Il s'articule autour de trois grands axes :

- La première partie porte sur les caractéristiques socio-démographiques du sujet suicidant à savoir l'âge, le sexe, la profession, l'habitat, la situation maritale et familiale, ainsi que le niveau d'instruction.

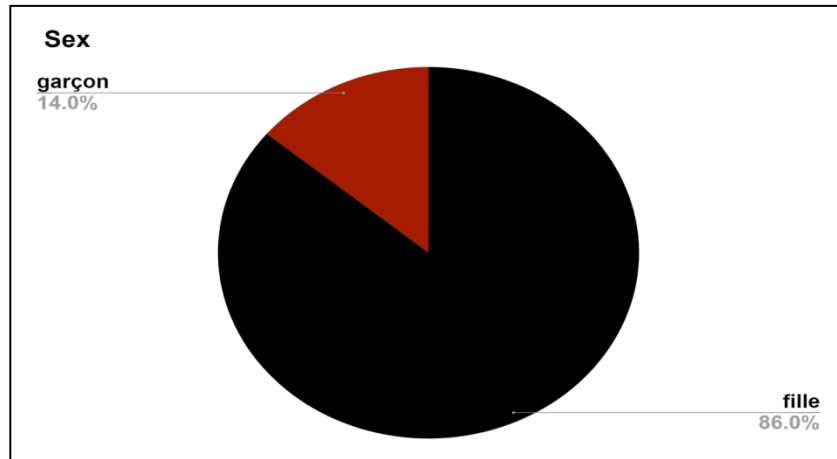
- La deuxième partie porte sur les caractéristiques cliniques à titre d'exemple : les antécédents de TS , de consultation ou hospitalisations psychiatriques personnel et familial, d'ATCD médico-chirurgicaux ainsi que la notion d'usage de substances illicites ainsi que leur nature .

- La dernière partie est réservée aux gestes suicidaires, aux moyens entrepris pour la TS , la présence de notion de récurrence ainsi que l'appréciation du R.U.D.

I. Résultats et interprétation :

- **Données socio-démographiques :**

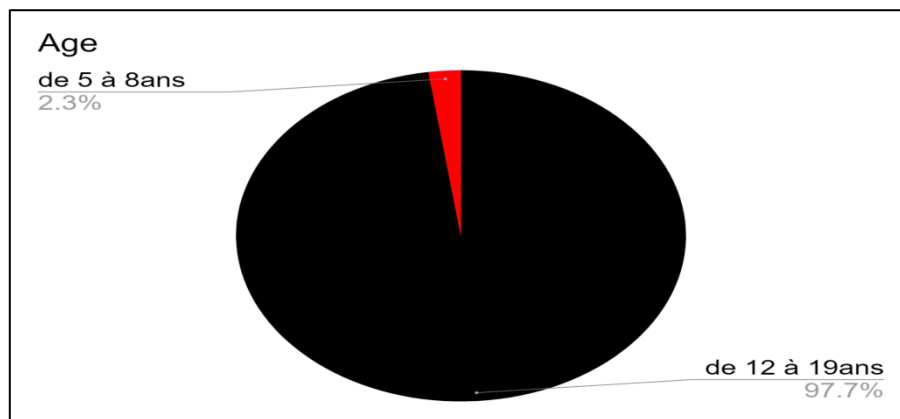
- **Répartition des patients en fonction du sexe :**



La figure 1 : la répartition des patients en fonction du sexe.

Nous avons constaté au sein de notre échantillon la présence d'une forte prédominance féminine 47 patients sont de sexe féminin contre 06 patient de sexe masculin soit respectivement 86% et 14 %.

- **Répartition des patients en fonction des tranches d'âge ou prédomine la TS :**



La figure 2 : répartition des patients en fonction de la tranche d'âge ou prédominent les TS.

L'âge moyen du suicidant de notre étude est de 17ans avec un pic de fréquence entre 12 et 19 ans.

- **Répartition des patients en fonction de la situation maritale :**

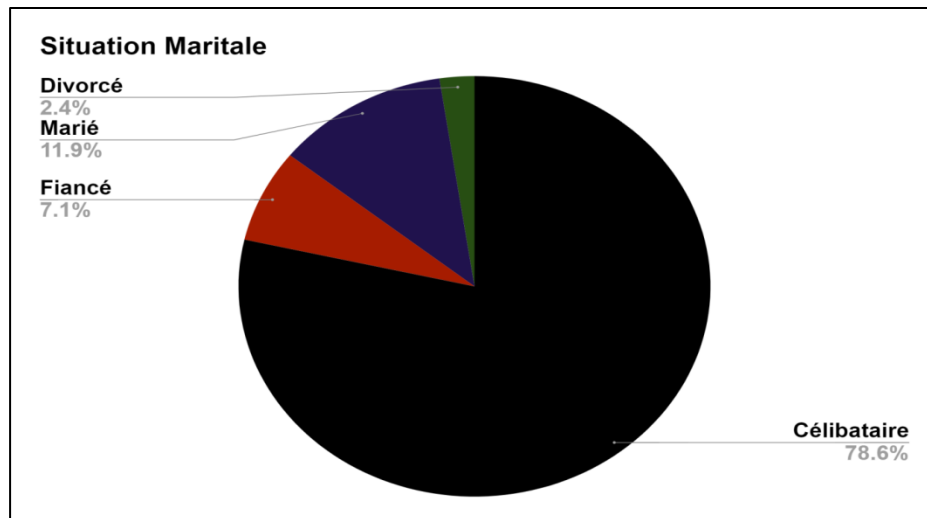


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la situation maritale.

On constate que 78.6 % ont un statut de célibataire contre 11.9% des cas qui sont marié , 7.1% sont fiancés, 2.4% ont connu une situation de divorces .

➤ **Répartition selon la situation parentale :**

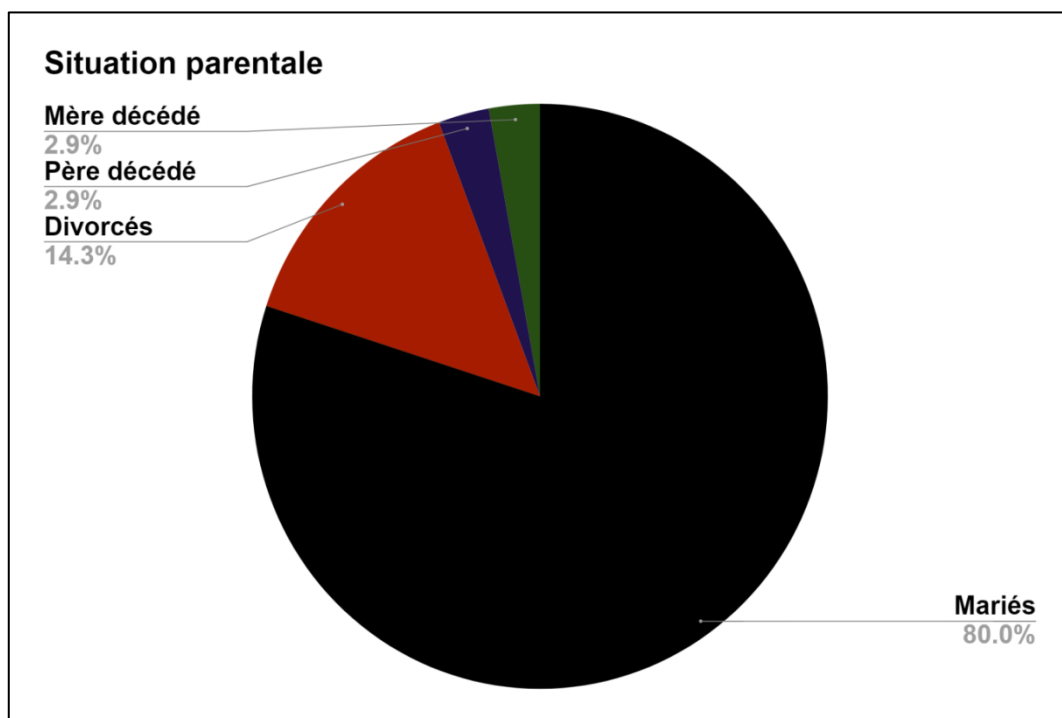


Figure 4: Répartition des patients en fonction de la situation familiale .

On remarque clairement que 80% des suicidant sont issus d'une famille avec les deux parents vivant et marié contre ; 14.3 % dont les parent sont divorcés et que seulement 5.8 % de notre population avaient l'un des deux parents décédés.

➤ **Répartition selon le nombre de frère et sœur :**

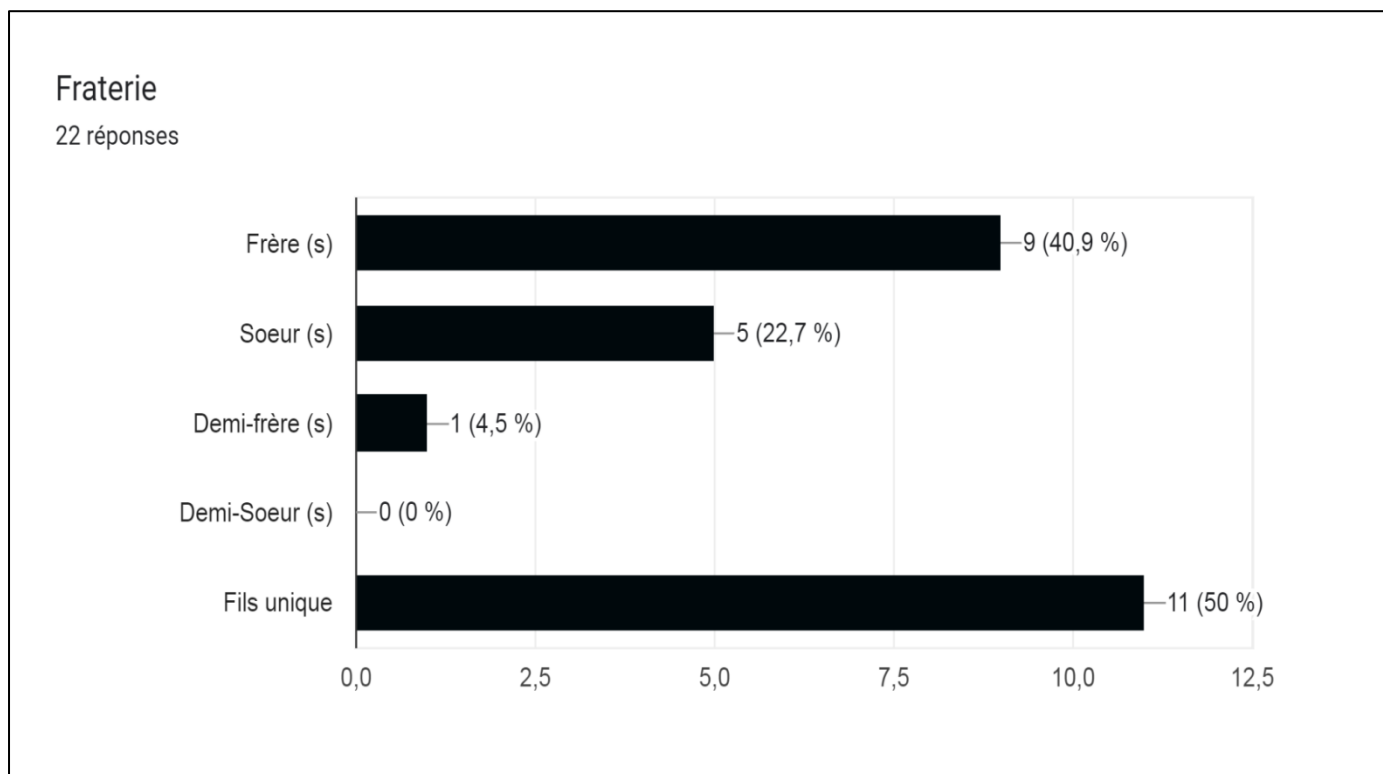
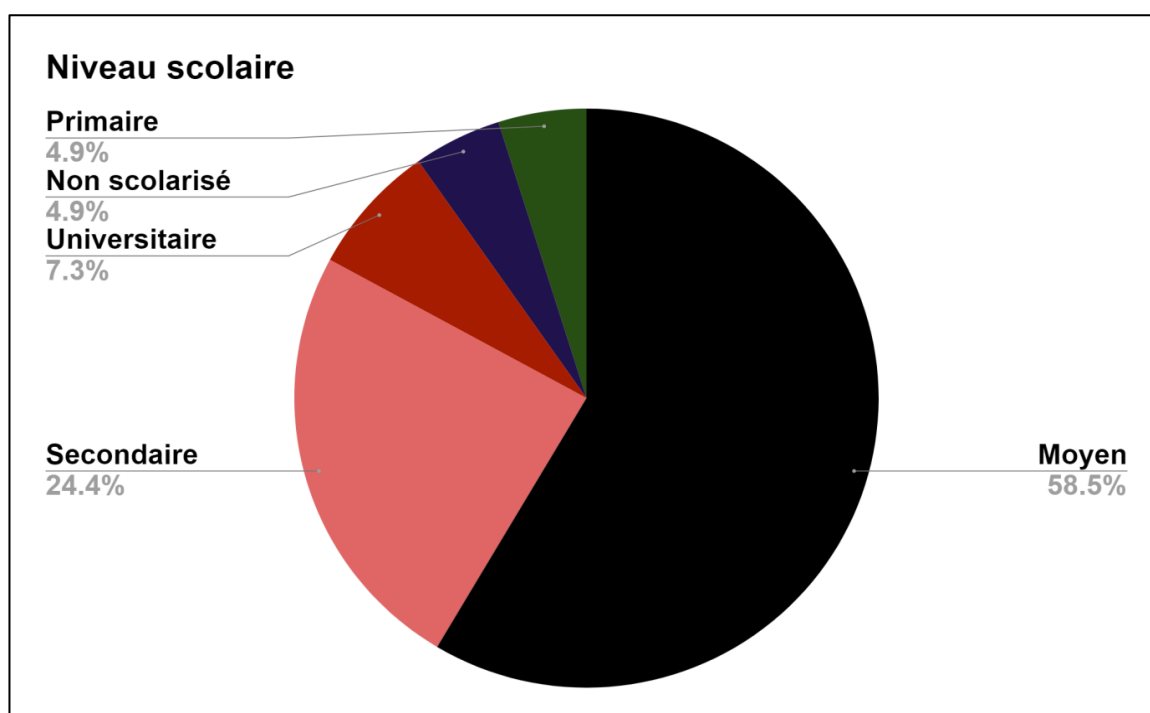


Figure 5: Répartition des patients selon le nombre de frère et sœur :

La moitié des suicidants étaient des enfants unique sans frère et sœur .

➤ **Répartition des patients en fonction du niveau d’instruction:**



Résultats

Figure 6 :la Répartition des patients en fonction du niveau d’instruction .

On constate que pour 63.4% le niveau d’instruction ne dépassait pas le collège voir l’école primaire alors que 24.4% arrivaient au niveau secondaire et que seulement 7.3% ont pu faire des études supérieures (universitaires).

Répartition des patients en fonction du niveau professionnel :

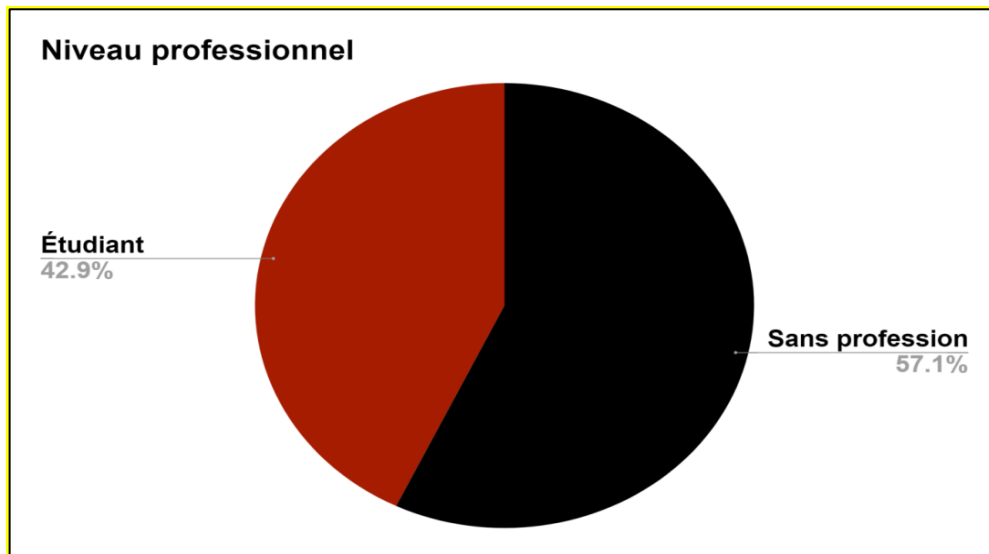


Figure 7 : la répartition des patients en fonction du niveau professionnel.

Ici on constate que 57.1% des patients suicidants étaient en décrochage scolaire et sans profession tandis que seulement 42.9% étaient scolarisés.

Répartition des patients en fonction du milieu d'habitat :

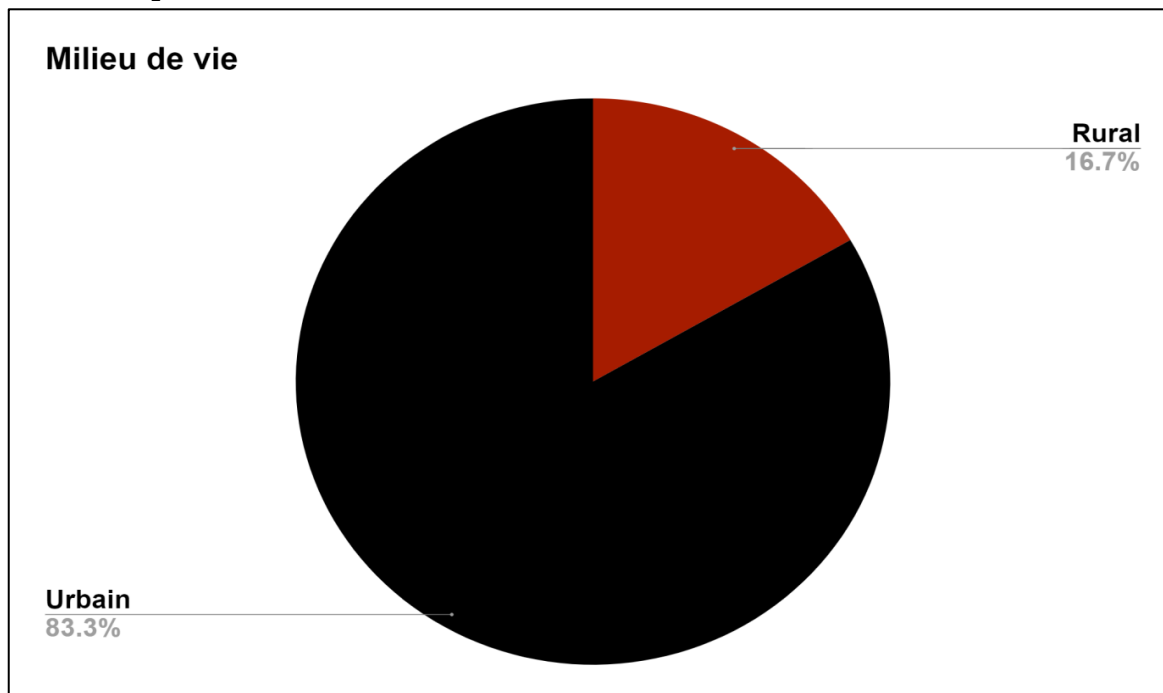


Figure 8 : la représentation des patients en fonction du milieu d'habitation.

Les résultats montrent que 83% des patients étaient domiciliés en milieu urbain alors que le reste (16.7%) étaient issu de zone rurale.

Les antécédents :

Répartition des patients en fonction des ATCD personnels médicaux

:

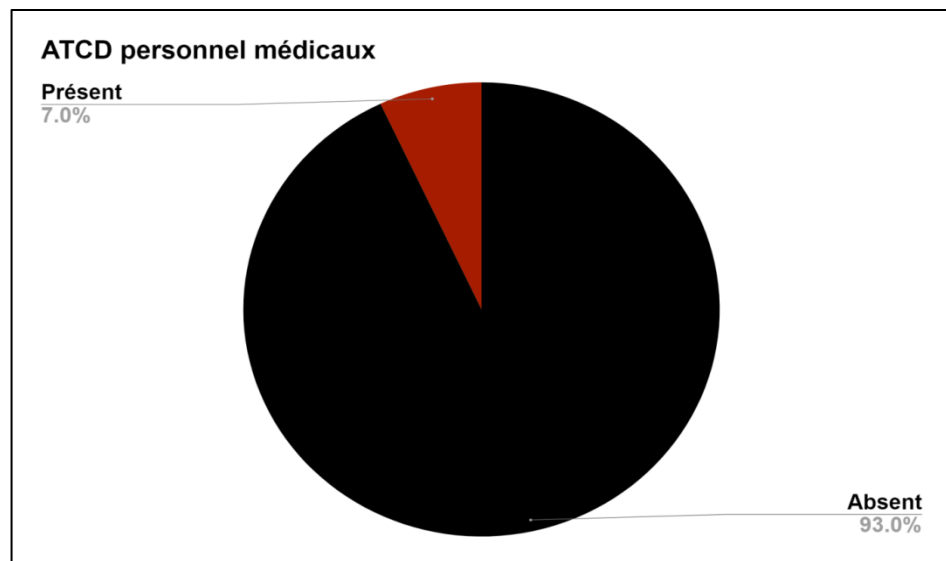


Figure 9 : Répartition des patients en fonction des ATCD personnels médicaux.

93.0% des suicidant étaient sans antécédents médicaux notable.

➤ Répartition des patients en fonction des ATCD personnels psychiatriques :

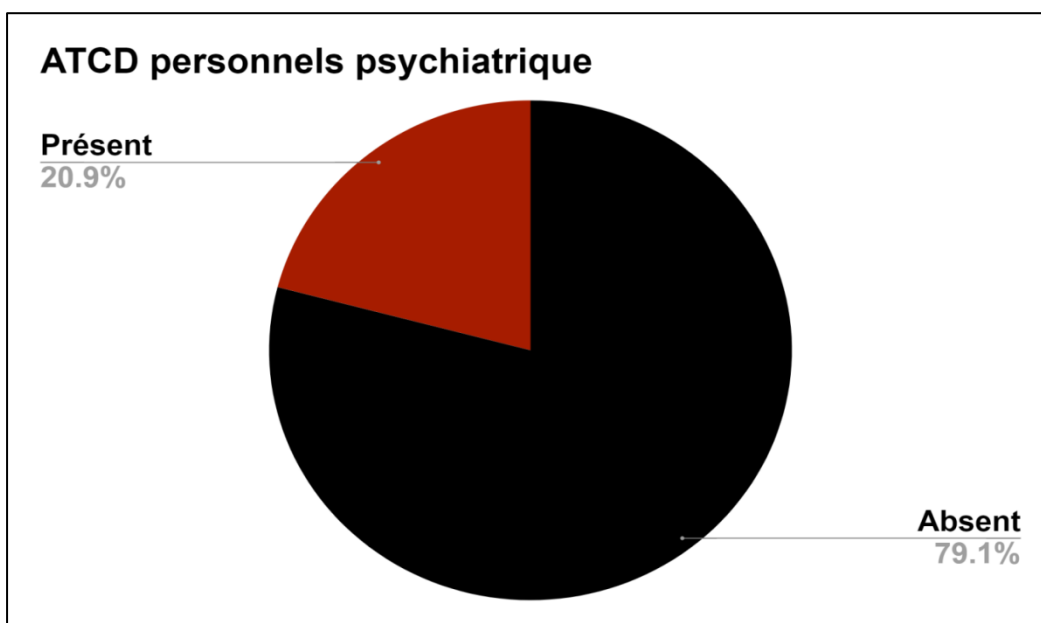


Figure 10: Répartition des patients en fonction des ATCD personnels psychiatriques.

➤ Répartition des patients en fonction des troubles Psychiatriques antérieures :

Résultats

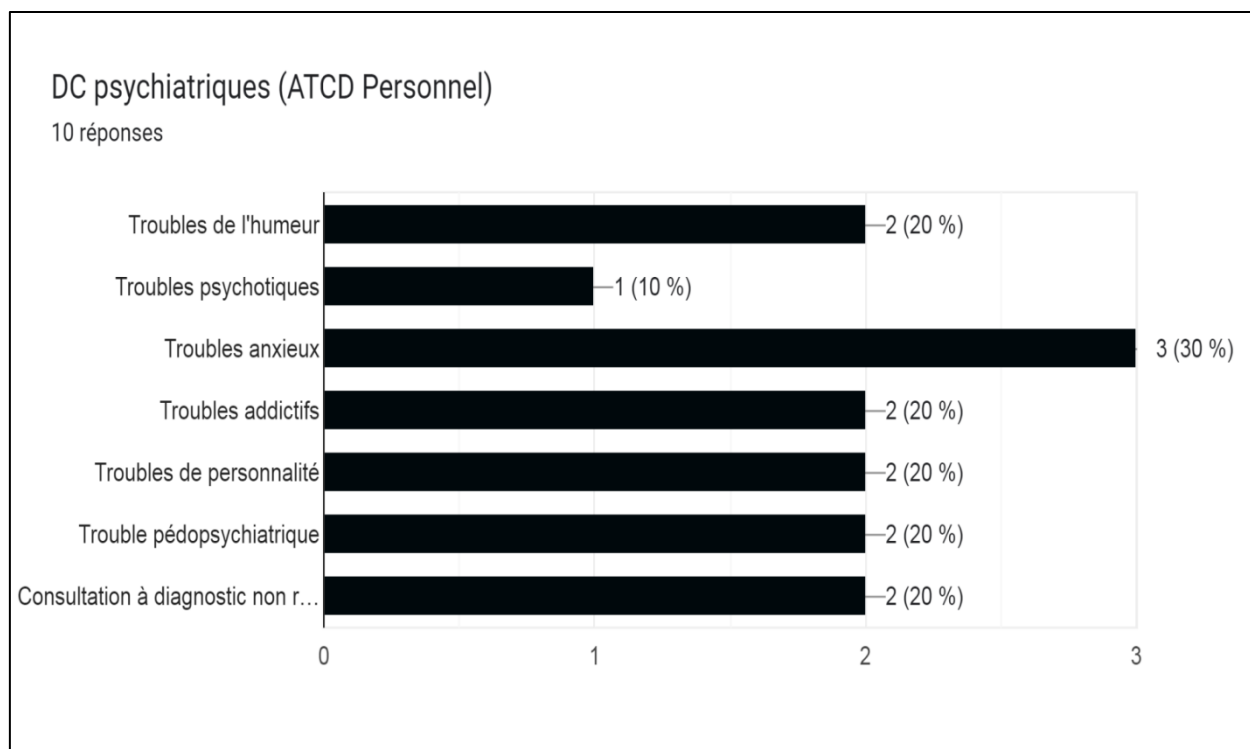


Figure 11: Répartition des patients en fonction du type d'ATCD psychiatriques personnel :

On compte 21% des patients qui ont des antécédents psychiatriques et trouvé que 30% avaient un trouble anxieux contre 20% qui présentent respectivement des troubles de l'humeur, de la personnalité, des troubles addictifs. Les troubles psychotiques n'ont été noté que dans 10% des cas et les 20% restant avait consulté en psychiatrie et dont le motif de la consultation n'avait pas été révélé.

➤ La répartition des patients en fonction de la présence de trait de personnalités pathologique :

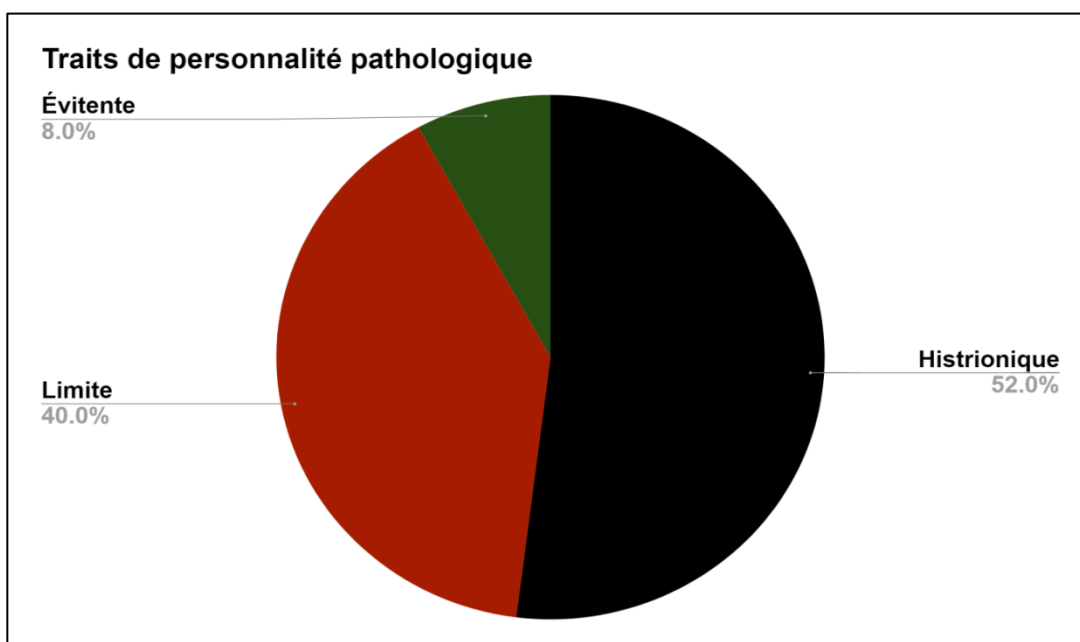


Figure 12 : répartition des patient en fonction de la présence de traits de personnalité pathologique.

56% des suicidants avaient des traits de personnalité pathologique, dont 52% était Histrionique, 40% Borderline (Limite) et 8% avaient une personnalité évitante.

- Répartition des patients en fonction des ATCD personnels d'automutilation :

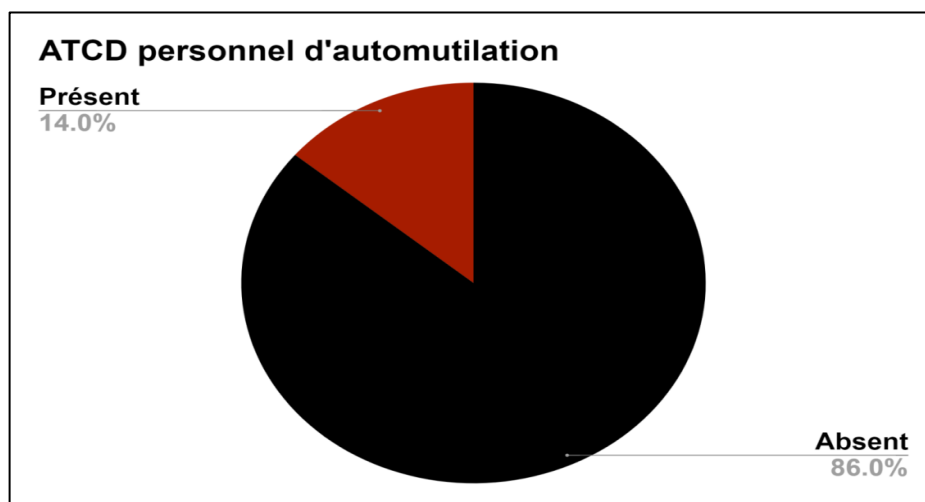


Figure 13 : Répartition des patients en fonction de la présence d'ATCD personnels d'auto-mutilations.

Des actes d'auto-mutilation préalable avaient été enregistré chez 14% de notre population .

- La répartition des patients en fonction des ATCD personnels d'usage de substance :

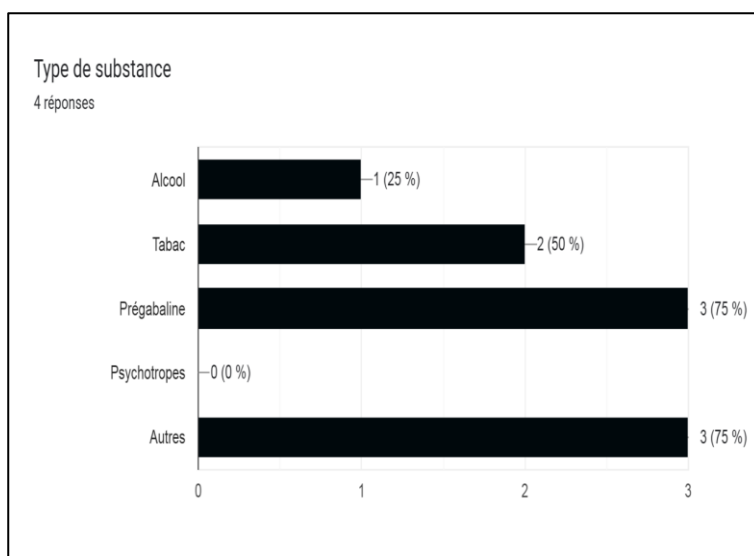
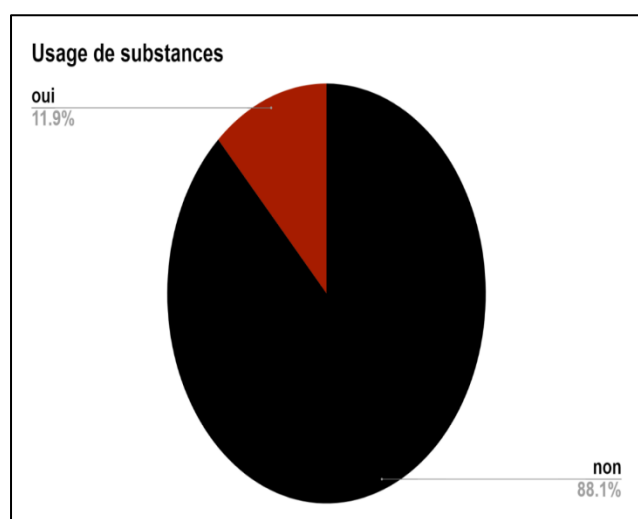


Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la présence d'ATCD personnel d'usage de substances illicite et son type.

Résultats

11.9 % des patients ont confié avoir comme habitude l'usage de toxique dont 75% ont élu la Prégabaline comme drogue la plus convoitée .

L'usage du tabac est retrouvé dans 50% des cas et l'alcool dans seulement 25% des cas.

- Répartition des patients en fonction de la présence et du nombre , d'ATCD personnels de TS :

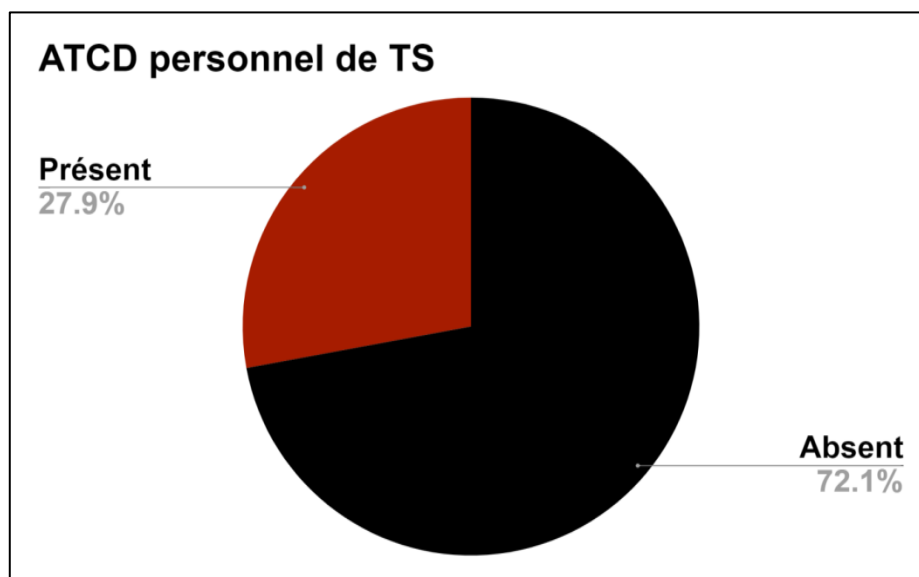


Figure 15 : répartition des patients en fonction des ATCD de TS .

Seulement 27.9% des cas avaient un ATCD de TS. .

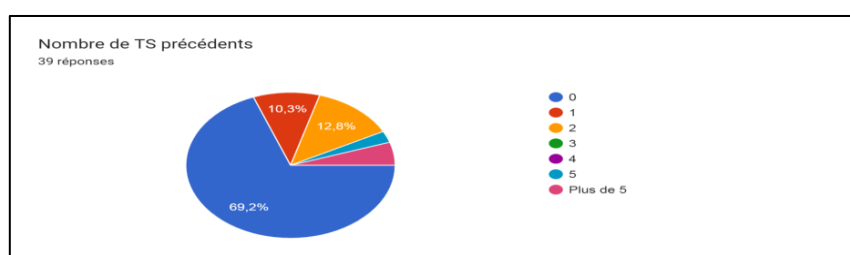


Figure16 : Répartition des patients en fonction du nombre de TS précédentes .

- 10.3 % avaient fait 01 seul TS .
- 12.8 % avaient fait 02 TS .

Résultats

- 5.18% en avaient fait 05 au préalable

➤ Répartition des patients en fonction de moyens encouru lors des TS précédentes :

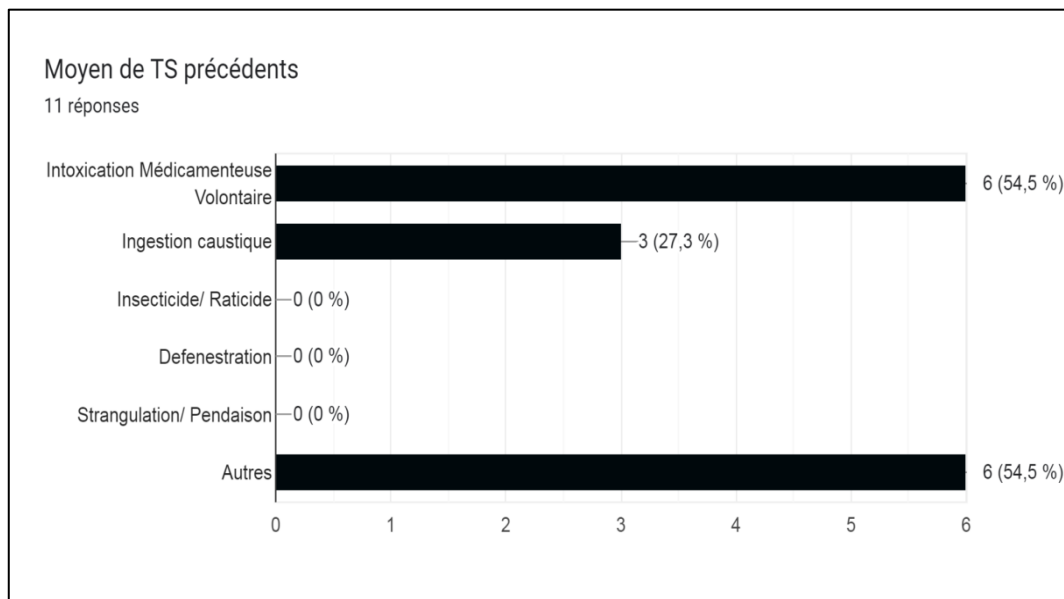
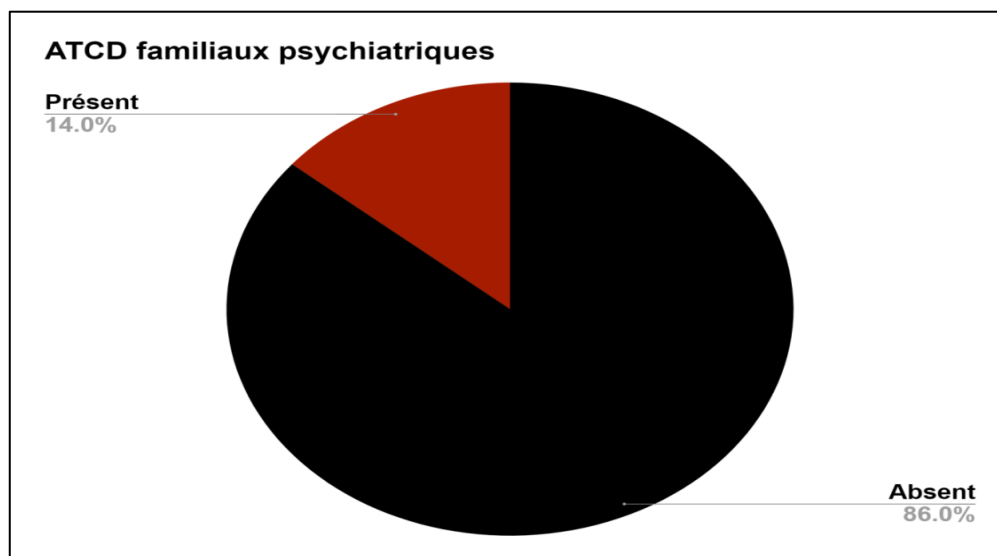


Figure 17: Répartition des patients en fonction du moyen utilisé lors des TS précédentes.

Parmi les 28% des tentatives précédentes, 54.5% étaient causés suite à une intoxication médicamenteuse volontaire, contre 27.3% par ingestion caustique.

➤ Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux psychiatriques :



Résultats

Figure 18 : Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux psychiatriques.

Les antécédents familiaux psychiatriques, toute pathologie confondu ne sont présent que dans 14% des cas .

➤ Répartition des patients en fonction du type d'ATCD familial psychiatriques :

Types d'ATCD Familiaux psychiatriques

7 réponses

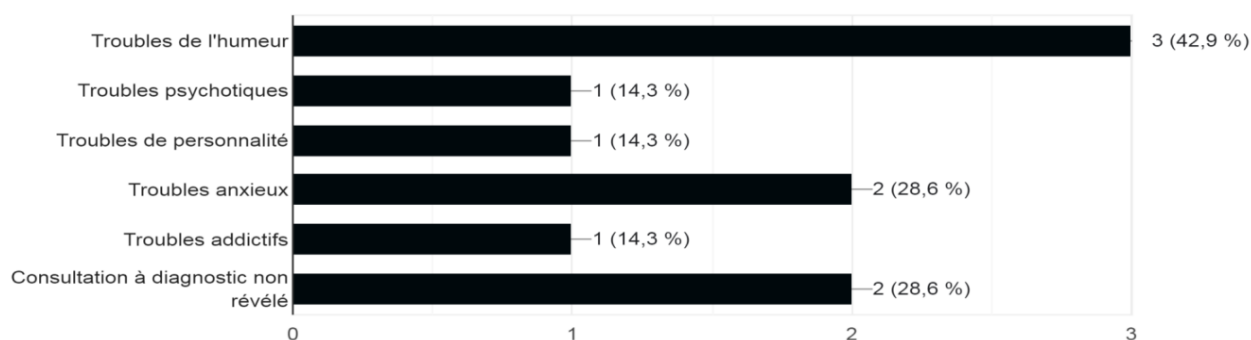


Figure 19 : Répartition des patients en fonction du type d'ATCD familial psychiatriques.

Parmi les 14% qui avaient des antécédents familiaux psychiatriques, 42.3% étaient en faveur d'un trouble de l'humeur, 28.6% d'un trouble anxieux que 14.3% une pathologie psychotique, un trouble addictif, ou un trouble de la personnalité.

➤ Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux de prise de toxiques:

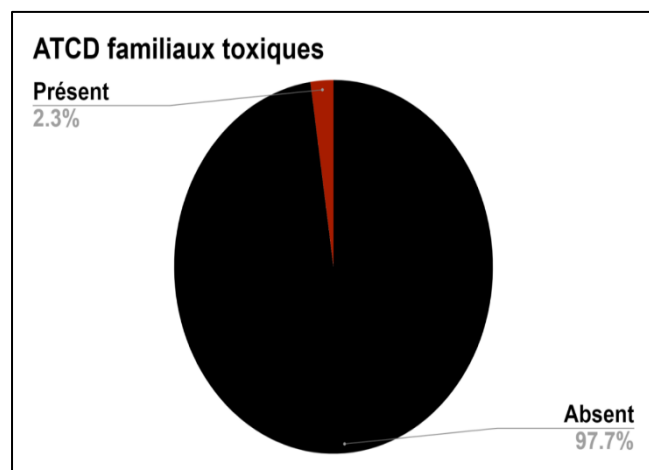


Figure 20: Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux de prise de toxiques.

Seulement 20.3% des cas avaient des ATCDs familiaux de consommation de substance toxique

Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux judiciaires :

Résultats

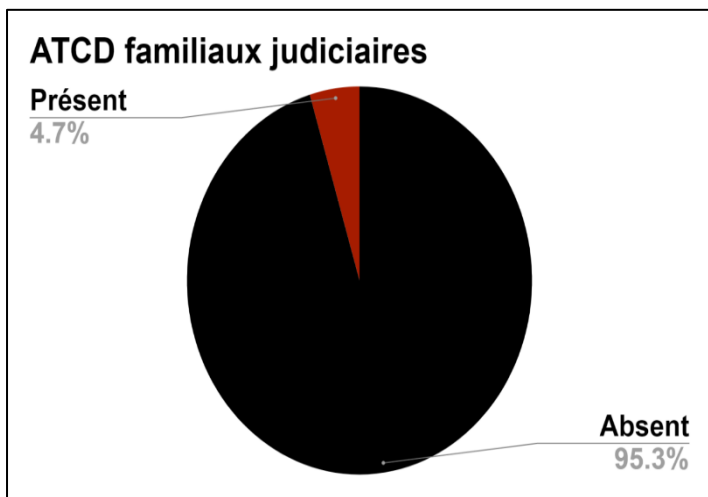


Figure 21 : Répartition des patients en fonction des ATCD familiaux carcéral et judiciaire

Les antécédents familiaux judiciaire sont présent que pour 4.7% des cas .

➤ Répartition des patients en fonction des moyens utilisés lors de la dernière TS :

Moyens utilisés dans la TS actuelle

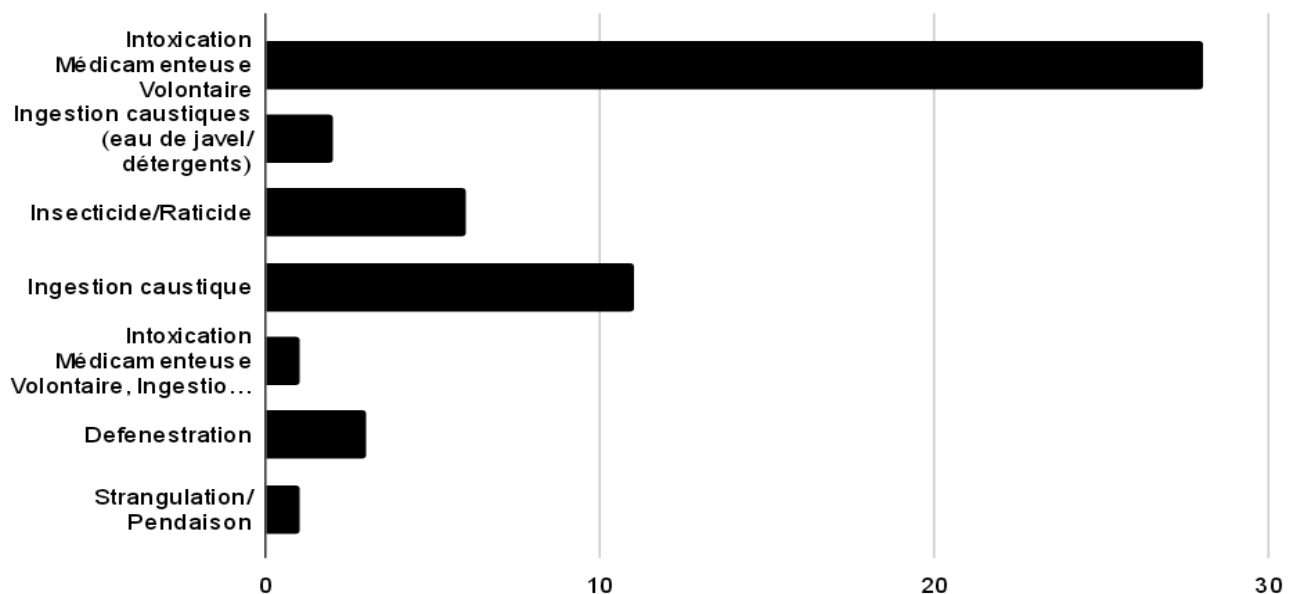


Figure 22 : répartition des patient en fonction du moyen utilisé lors de la dernière TS :

On constate que la majorité des suicidant ont pour moyen suicidaire l'utilisation de cocktail médicamenteux

Résultats

➤ Répartition des patients en fonction du type de médicament utilisés lors de la TS

Types de médicaments utilisés dans la TS actuelle

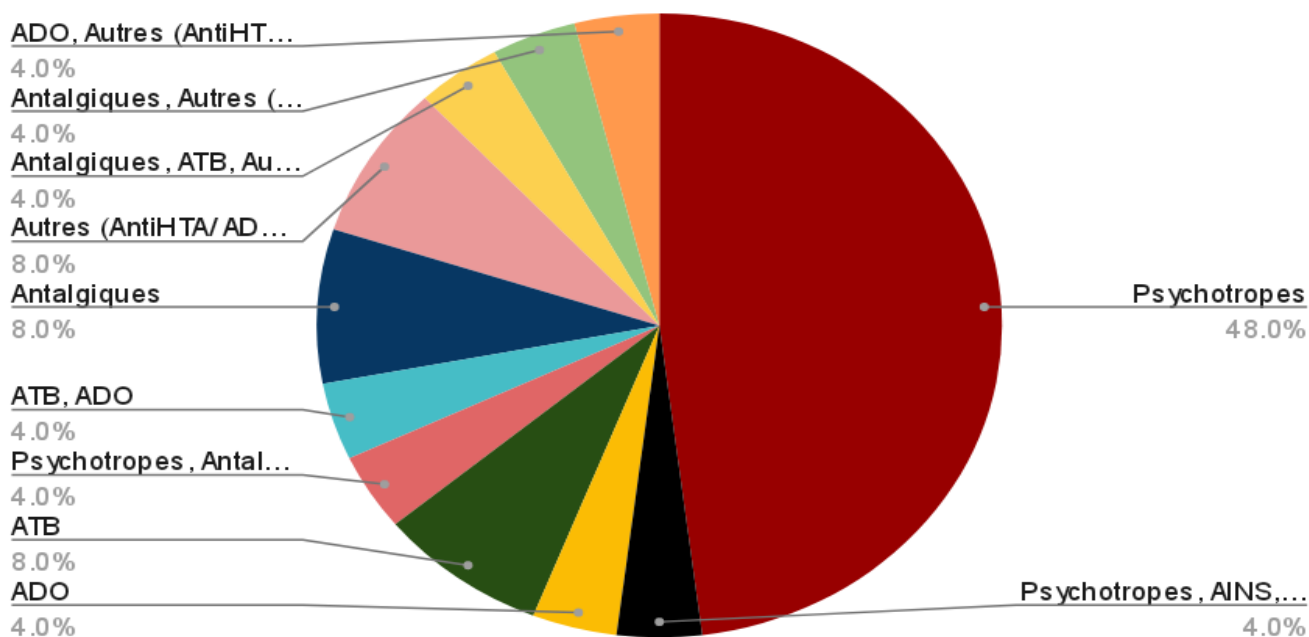


Figure 23 : répartition des patients en fonction du type de médicament utilisé lors de la TS .

L'usage de cocktails de plusieurs type de psychotrope étaient le moyen le plus utilisé par nos suicidants enregistré chez 48% des cas.

➤ Répartition des patients en fonction des circonstances du déroulement de l'acte suicidaire :

Déroulement de l'acte

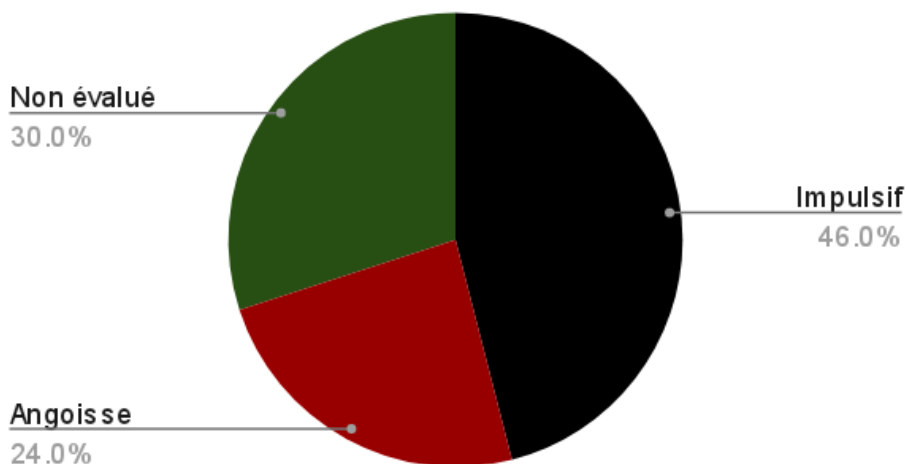


Figure 24 : répartition des patients en fonction des conditions lors du passage à l'acte.

Résultats

46% de nos patients révèle avoir tenté de mettre fin à leurss jour dans un contexte d'impulsivité face à une situation donnée .

➤ Répartition des patients en fonction du motif évoqué par le suicidant :

Motifs invoqués

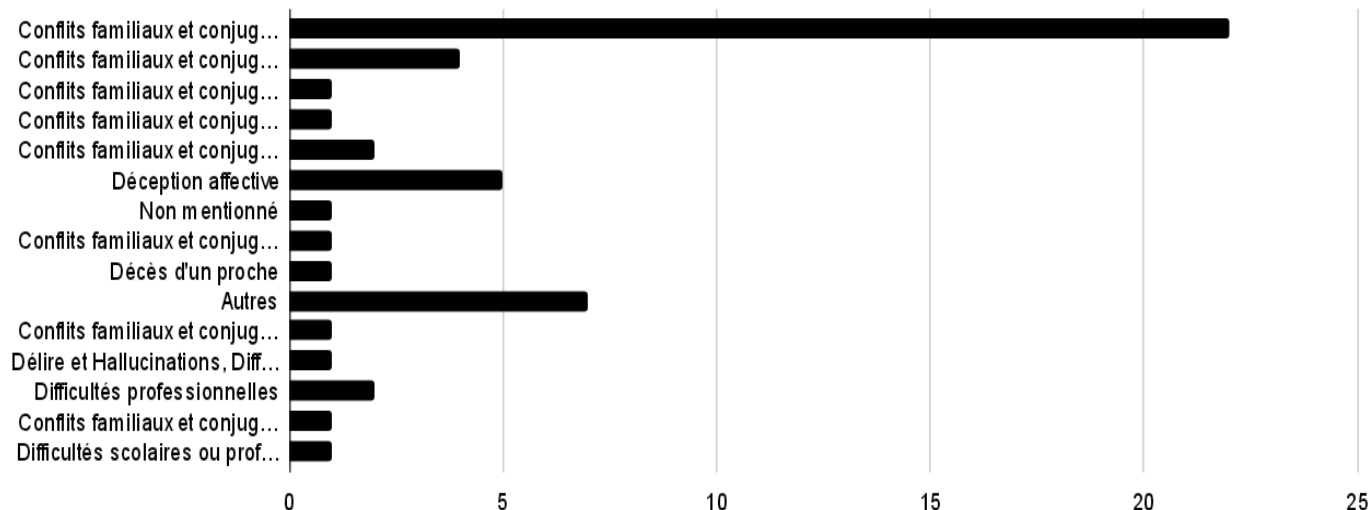


Figure 25 : répartition des patient en fonction du motif de la TS évoqué par le suicidant .

Répartition des patients en fonction de la présence de remord face à l'acte :

Regret

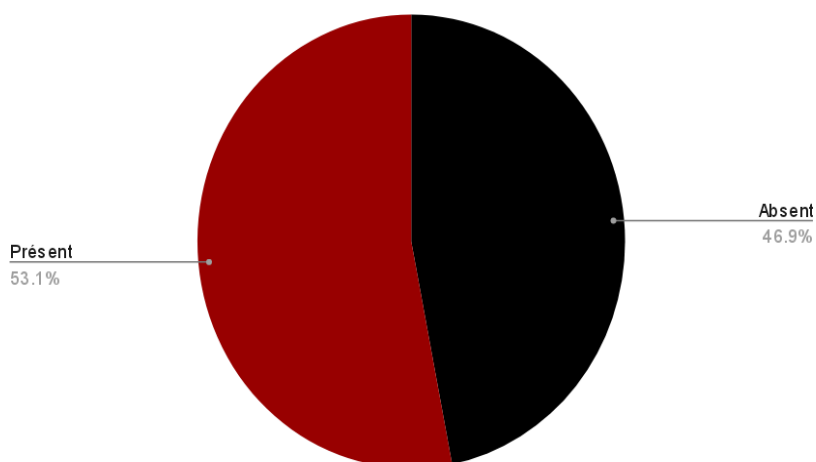


Figure 26 : la répartition des patient en fonction de la présence de regret suite à leur TS .

46.9 % déclare n'avoir aucun remort suite à leur acte contre 53.1% qui regrette leur geste .

➤ Répartition des patients en fonction du risque de récidence :

Risque de refaire le geste

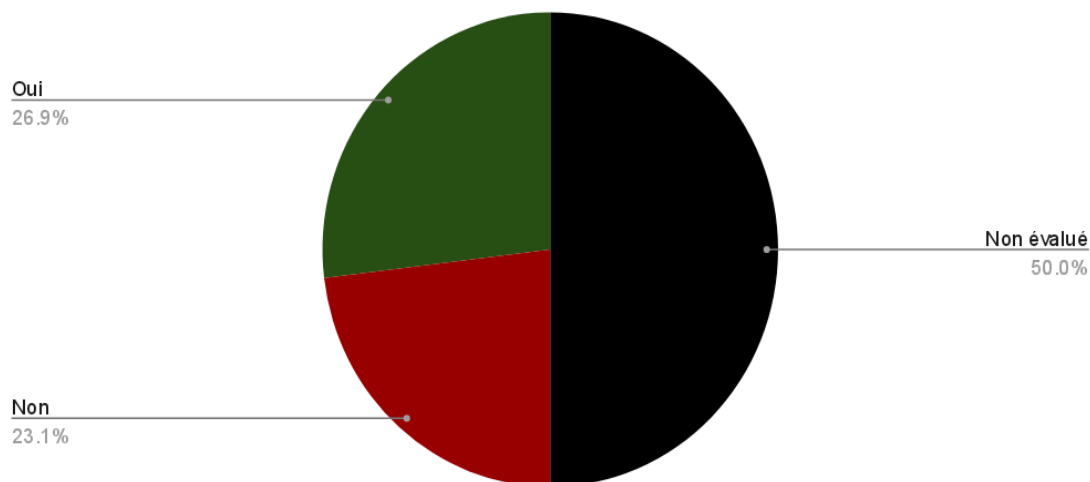
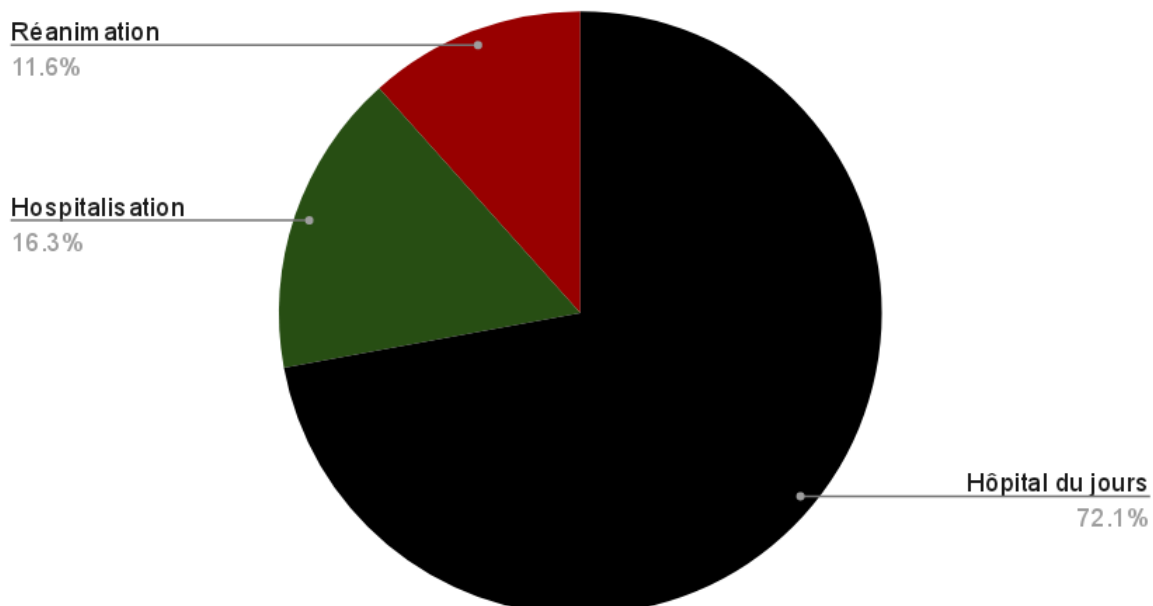


Figure 27 répartition des patient en fonction du risque de récidence

26% de nos patient déclare qu'il n'hésiteront pas à reproduire leur acte suicidaire.

Répartition des patients en fonction de la prise en charge somatique :

Prise en charge Somatique



Résultats

Figure 28 : la répartition des patients en fonction du type de prise en charge somatique.

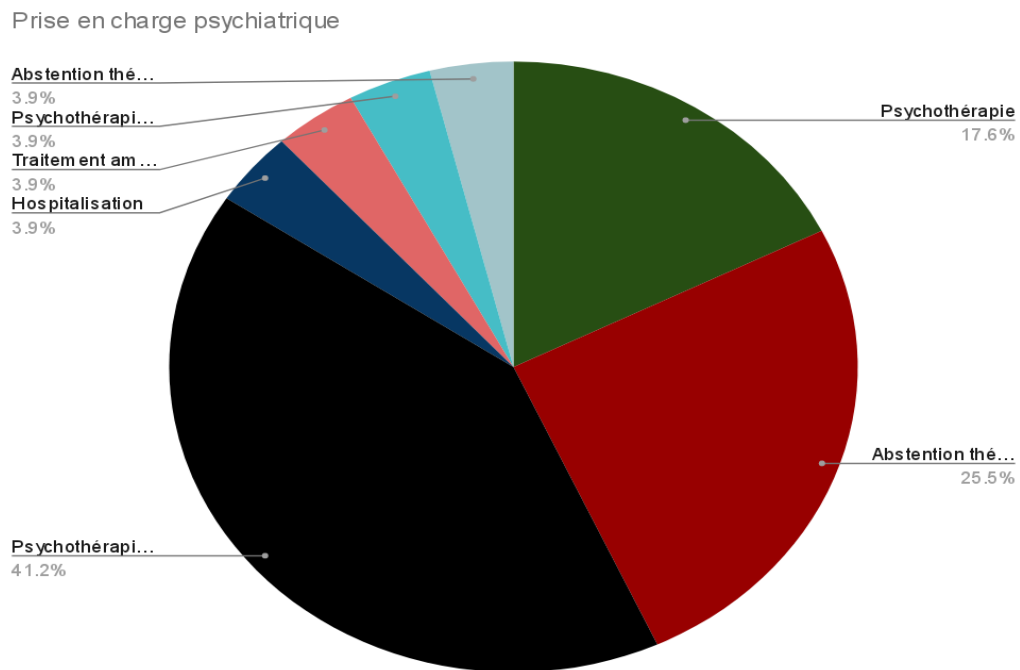


Figure 29 : répartition des patient en fonction de la prise en charge psychiatrique

➤ **Répartition des patients en fonction de l'évaluation du RUD:**

RUD

Bas
14.0%

Élevé
11.6%

Non évalué
74.4%

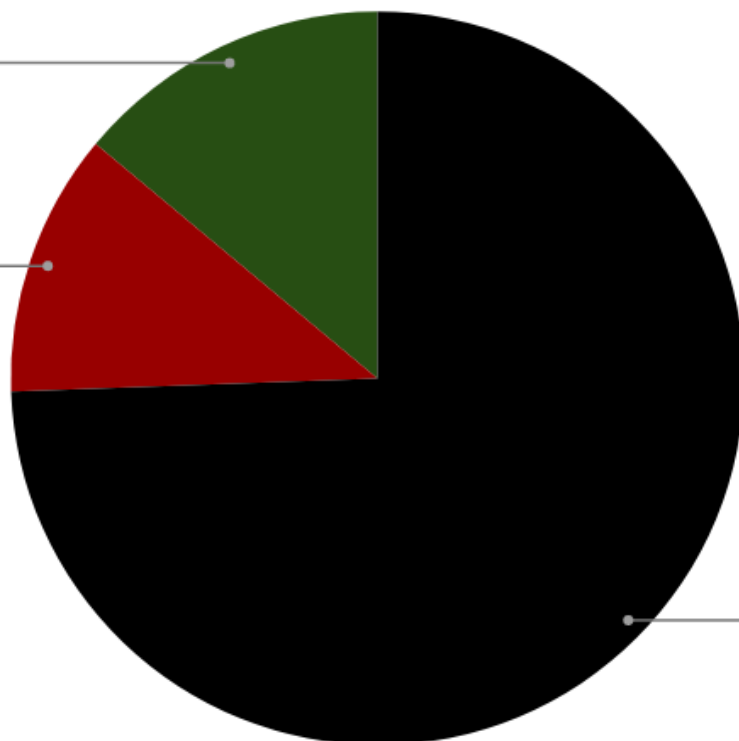


FIGURE 30 : la répartition des patient en fonction de l'évaluation du RUD .

Discussion pratique

Discussion pratique

De part notre travail, illustré en une étude pratique descriptive rétrospective établi au sein du service de psychiatrie de la wilaya de Tlemcen en Algérie, portant sur une population de 43 patient dont l'âge varie entre 00ans et 19 ans, de niveau scolaire différents, visant à évaluer la prévalence du suicide ainsi que de déterminer les facteurs socio-démographique chez les enfants et adolescents suicidant, pour but de prévenir ces comportement et palier a ce fléau .

Les résultats révèlent la présence de corrélations positives significatives entre différents paramètres sociaux-démographique et le risque suicidaire

L'interprétation des résultats : Les résultats de notre recherche confirment la validité de notre plan de recherche initial qui est l'analyse descriptive de la relation entre le risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent et les facteurs sociaux-démographique conditionnant ce dernier, comme résultat on a pu constater que le risque suicidaire était d'autant plus élevé chez des patients de sexe féminin moyennant un âge de 17 ans avec un pic de fréquence entre 12 et 19 ans non marié , fille unique dans la majorité des cas , en décrochage scolaire avec des niveaux d'instruction ne dépassant pas la primaire demeurant en milieu urbain, sans antécédents médicaux chirurgicaux ni psychiatrique , par contre présentait des personnalités pathologiques surtout histrionique et borderline avec une tendance à l'auto mutilation .

La plupart ont comme habitude toxique la consommation de substance illicite tel que la Prégabaline ainsi le tabac .La majorité n'était pas à leur coup d'essai en effet presque tous les cas qu'on a recensé avaient déjà tenté de mettre fin à leur jour précédemment , Le moyen le plus utilisé était l'usage volontaire et anarchique de médicaments .

Issus de famille avec deux parents mariés et vivants, sans antécédents de consommation toxique ni de séjour en milieu carcéral ni d'antécédent psychiatrique pour la majorité des cas

On constate que la majorité des suicidants ont pour moyen l'utilisation de cocktail médicamenteux fait essentiellement de psychotrope dans un contexte d'impulsivité dans la majorité des cas suite à un conflit familial, ne regrettant pas son geste majoritairement.

La plupart était pris en charge en hôpital du jour bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique ultérieurement mettant au centre de la prise en charge la psychothérapie ainsi qu'un traitement médicamenteux.

Discussion pratique

Nous avons comparé notre étude à deux autres études similaires ayant les même objectif nommé respectivement A et B les résultats sont consignés sur le tableau ci-dessous :

Etude A : vise à dresser le profil socio démographique et clinique chez des enfants et adolescents reçus aux urgences de l'hôpital de EL Razi en Tunisie en 2013 ⁽³⁶⁾

Etude B : la prévalence des tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 10 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du centre hospitalier universitaire de la Martinique.

		Population des suicidant de notre étude N = 43	Population des suicidant de l'étude A n=50	Population des suicidant de l'étude B N =43
		%	%	%
Le genre	Masculin	84	64	11.6
	Féminin	14	36	88.4
Pic d'âge de fréquence	Avant 12 ans	2.3	35.9	21.5
	Après 12 ans	97.9	61.9	80.3
Situation familiale	Séparation, divorce des parent	14.3	48	90
	Les deux parents présent	80	52	10
	Autre situation	0	0	
Niveau d'instruction	Scolarisé	42.9	20.3	30.6
	En décrochage scolaire	57.1	51.6	57.9
Antécédant familiaux psychiatrique	Présent	86	66	
	Absent	14	34	
Antécédant médicale personnel	Présent	7	22	6
	Absent	93	78	94
Antécédant personnel psychiatrique	Présent	20.9	24	
	Absent	79.1	76	
Antécédant personnel de TS		27.9	26.8	
		72.1	71.5	

Discussion pratique

Antécédant personnel d'auto mutilation	oui	14	36	
	Non	86	64	
Moyen utilisé pour la TS	Intoxication médicamenteuse	54.5	80	58.1
	caustique	27.3	5	9
	autre	0	5	0
Existence d'une symptomatologie psychiatrique précédant la TS	oui	66	80	72
	non	30	20	25

Les limites de notre recherche : En examinant attentivement nos observations, nous notons certaines limites à notre recherche. Les variations significatives dans la taille de notre échantillon peuvent avoir influencé nos résultats. Malgré nos efforts pour recruter le maximum de patient

Ainsi que l'absence de certaines informations importantes dans les registres dont on a tiré quelques cas à titre d'exemple ; le déroulement de l'acte, lieu et l'heure de la tentative, la posologie des médicaments utilisés. L'absence de l'appréciation courante du R.U.D aurait pu donner plus de pertinence à nos résultats. Ces limites ne discréditent pas l'ensemble du projet de recherche, mais suggèrent des points

D'attention pour de futures investigations.

Nos recommandations : À la lumière de nos résultats, des pistes de recherche supplémentaires

En matière d'investigation cherchant à comprendre le jeune suicidant et son environnement se dessinent et ouvre la possibilité d'établir des stratégies préventives visant à aider, accompagner et prévenir l'acte avant qu'il soit trop tard.

Conclusion et perspective :

Le suicide est un phénomène particulier pour enfants et adolescents, l'adolescence par définition est une transition entre l'enfance et l'âge adulte. Au cours de cette transition, le corps tout comme l'esprit d'un adolescent changent, ce qui le place dans une situation de faiblesse propice à l'émergence d'idées suicidaire . Afin d'éviter la tentative de suicide, il faut instaurer une atmosphère autour de l'adolescent qui soit propice à un bon équilibre psychologique. Pour se faire, il est impératif que la famille et les proches s'accordent à établir un dialogue permanent avec l'adolescent. Prévenir le suicide est indispensable et nécessite essentiellement une action pluridisciplinaire et multisectorielle où l'ensemble des partenaires sanitaires, sociaux ou autres ont un rôle prépondérant à jouer. Le psychologue ou le psychiatre peut intervenir à différents niveaux dans la prise en charge de l'adolescent pour limiter les pensées morbides, et empêcher le passage à l'acte suicidaire. Les résultats de cette étude révèlent un taux de risque suicidaire alarmant chez les adolescents et enfant . Malheureusement, en Algérie , on ne dispose pas encore de Programme national de prévention du suicide, malgré que le taux de suicide national augmente Pour que la stratégie nationale de prévention de suicide soit efficace, nous devons nous doter d'une stratégie multisectorielle globale de prévention du suicide. Cette stratégie permettra d'identifier de façon claire les parties prenantes responsables de tâches spécifiques et montrera à ces différents acteurs comment coordonner efficacement leurs efforts. En matière de prévention du suicide, les principales actions stratégiques que nous avons besoin d'appliquer en Algérie sont les suivantes :

- ✓ Réduire l'accès aux moyens de suicide (notamment les produit caustique et certains Médicaments)
- ✓ Sensibiliser (Organiser des activités visant à informer le public que le suicide est évitable)
- ✓ Engager les médias
- ✓ Former les agents de santé
- ✓ Evoluer les attitudes et croyances
- ✓ Mener des activités d'évaluation et de recherche
- ✓ Apprendre aux parents à écouter les plainte et signaux que leurs envoi leurs enfants \ adolescents.

Annexe

Annexe : le questionnaire utilisé durant notre étude comportant la fiche du patient suicidant.

- **Le sexe :** ☐ ☐
- **L'Age :**
- **L'adresse :**
- **La fonction :**
- **le scolarité:** -oui :→ niveau d'instruction actuel
- non : → niveau d'instruction
- **occupation :** →
- **La situation personnel :** -célibataire : -marié(e) : -divorcé(e) :
- **La situation parentale :**
- **Le nombre de la fratrie :**
- **Les antécédents :**

personnels :

*médicaux :.....

*psychiatriques :.....

*chirurgicaux :.....

*habitudes toxiques :

*automutilation :

Familiaux :

*médicaux :

*psychiatrique :

*chirurgicaux :

- **Date de la TS :.....**
- **Motif et moyen de la TS :**
 - *prise médicamenteuse :- NOMBRE + DCI +POSOLOGIE =
 - *INGESTION DE PRODUITS Caustiques : Quantité et nature du produit :...
 - *DEFENESTRATION : autres :

- **Lésions engendrés par la TS :**

- **ATCD de tentatives de suicides :**
 - si oui préciser :
 - 1.nombre :.....
 - 2.moyens utilisés dans chaque tentative :.....
 - 3.date ou la fréquence des tentatives :.....

- **La justification du geste :**
- Il regrette son geste ? ☐ ☐

Discussion pratique

- **L'appréciation du RUD :**

- un risque de reproduire l'acte ?

☐☐

- l'estimation de la dangerosité :

- présente : –OUI : ☐

-non : ☐

-

- si oui préciser son type :

- acte prémédité et planifié :

BIBLIOGRAPHIE

- ¹Companion to psychiatric studies, Eve C Johnstone et al; 595.
- ¹Companion to psychiatric studies, Eve C Johnstone et al; 596-597.
- ²Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Daniel Bailly ; 13-19.
- ³ Practical child psychiatry the clinicians guide, Bryan Lask Sharon Taylor Kenneth P Nunn ; 3-5.
- ⁴ Practical child psychiatry the clinicians guide, Bryan Lask Sharon Taylor Kenneth P Nunn ; 7-12.
- ⁵ Eve C Johnstone et al, Companion to psychiatric studies ; 596-604.
- ⁶ Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) 9th Edition (Benjamin J. Sadock) ; 3339-3356 ;
- Cole H, Griffiths MD: Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *CyberPsychol Behav.* 2007;10:575.
- Cummings HM, Vandewater EA: Relation of adolescent video game play to time spent in other activities. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161: 684.
- DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK: Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics.* 2001;107:1363.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J: Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2005. *MMWR CDC Surveill Summ.* 2006(June 9);55(SS05):1.
- Erikson EE: *Childhood and Society.* Middlesex, England: Penguin; 1950.
- Fabes RA, Carlo G, Kupanoff K, Laible D: Early adolescence and prosocial/moral behavior: The role of the individual process. *J Early Adolesc.* 1999;19:5.
- Feldmann J, Middleman AB: *Adolescent sexuality and sexual behavior.* Curr Opin 97-944). Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1997.
- Kahn JA, Kaplowitz RA, Goodman E, Emans J: The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women. *J Adolesc Health.* 2002;30:229.
- Kohlberg L: *Essays on Moral Development: The Philosophy of Moral Development.* New York: Harper & Row; 1981.
- Kreipe RE: Normal somatic adolescent growth and development. In: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr EP, Comerçi GE: *Textbook of Adolescent Medicine.* Philadelphia:WB Saunders; 1992.
- McAnarney ER, Kreipe RE, Orr EP, Comerçi GE: *Textbook of Adolescent Medicine.* Philadelphia: WB Saunders; 1992.
- Monk CS, McClure EB, Nelson EE, Sarahn E, Bilder RM: Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *NeuroImage.* 2003; 20:420.
- National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse: *Monitoring the Future Survey, 2001. Behavior and Social Environment Indicators.* Available at: <http://www.childstats.gov>. Accessed in 2001.
- Niederhiser JM, Reiss D, Pedersen NL, Lichtenstein P, Spotts EL: Genetic and environmental influences on mothering of adolescents: A comparison of two samples. *Dev Psychol.* 2004;40:335.
- Rhode P, Lewinsohn PM, Kahler CW, Seely JR, Brown RA: Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:83.
- Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J: Global self-esteem across the life span. *Psychol Aging.* 2002;17:423.
- Smyth JM: Beyond self-selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *CyberPsychol Behav.* 2007;10:717.
- Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, Jernigan TL, Toga AW: In vivo evidence for postadolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nat Neurosci.* 1999;2:859.
- Spencer JM, Zimet GD, Aalsma MC, Orr DP: Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics.* 2002;109:581.
- Steinberg L, Scott ES: Less guilty by reason of adolescence: Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *Am Psychol.* 2003;58:1009.
- Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC: An innovative psychodynamically influenced approach to reduce school violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40: 377.
- U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey: *Federal Bureau of Investigation, Uniform Crime Reporting Program, Supplementar*

- ii Companion to psychiatric studies, Eve C Johnstone et al; 596-597.
- iii Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Daniel Bailly ; 13-19.
- iv Practical child psychiatry the clinicians guide, Bryan Lask Sharon Taylor Kenneth P Nunn ; 3-5.
- v Eve C Johstone et al, Companion to psychiatric studies ; 596-604.
- vi Practical child psychiatry the clinicians guide, Bryan Lask Sharon Taylor Kenneth P Nunn ; 7-12.
- vii Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) 9th Edition (Benjamin J. Sadock) ; 3339-3356 ;
Adler SA, Gerhardstein P, Rovee-Collier C: Levels-of-processing effects in infant memory. Child Dev. 1998;69:280.
Arbel S, Benjamin J, Golin M, Kremer I, Belmaker RH: Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. Am J Psychiatry. 2003;160:671.
Coley RL: Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. Child Dev. 1998;69:219.
Courage ML, McCloy UR, Herzberg GR, Andrews W, Simmons BS: Visual acuity development and fatty acid composition of erythrocytes in full-term infants fed breast milk, commercial formula, or evaporated milk. J Dev Behav Pediatr. 1998;19:9.
Demiris Y, Meltzoff A: The robot in the crib: A developmental analysis of imitation skills in infants and robots. Infant Child Dev. 2008;17:1.
Eisenberg N, Fabes RA, Shepard S, Guthrie IK, Murphy BC: Parental reaction to children's negative emotions: Longitudinal relation to quality of children's social functioning. Child Dev. 1999;70:513.
□ Fisher SE, Lai CS, Monaco AP: Deciphering the genetic basis of speech and language. Annu Rev Neurosci. 2003;26:576.
Fisher SE, Monaco AP: Deciphering the genetic basis of speech and language. Am Rev Neurosci.
- viii Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) 9th Edition (Benjamin J. Sadock) ; 3356-3359.
- ix Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- x Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xi Child and adolescent suicidal behavior school-based prevention, assessment, and intervention (David N. Miller.
- xii Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xiii Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xiv Symptoms, Prevention, and Treatment of Attempted Suicide (PAMELA C. CANTOR, Ph.D. [PAMELA C. CANTOR etc.)
- xv Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xvi Le Suicide (Fabrice Jollant)
- xvii L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xviii L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xix L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xx L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xxi Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xxii Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xxiii Suicide_in_Children_and_Adolescents_Cambridge_Child_and_Adolescent
- xxiv L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xxv L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xxvi Suicide prevention a holistic approach (R. F. W. Diekstra etc.)
- xxvii Le Suicide (Fabrice Jollant)
- xxviii Symptoms, Prevention, and Treatment of Attempted Suicide (PAMELA C. CANTOR, Ph.D. [PAMELA C. CANTOR etc.)
- xxix L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)
- xxx Suicide prevention a holistic approach (R. F. W. Diekstra etc.)
- xxxi L'Enigme du suicide à l'adolescence (Birraux)

Résumé

Introduction :

Le suicide chez les enfants et adolescents est un problème de santé mondiale, cependant il pose toujours un problème de prise en charge urgente et de prévention rigoureuse, l'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence du suicide chez des enfants et adolescents suicidants reçu au niveau du CHU et EHS Tlemcen , et de dresser leur profil socio-démographique dans le but d'établir un plan de prévention efficace et adapté .

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective effectuée durant une période de 20 mois au niveau du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen mené auprès d'enfants et adolescents suicidants , Les données ont été collectées via un questionnaire en version imprimable ainsi que via un registre ou sont consigné les information concernant les patient vue durant les gardes Les données collectées ont été analysées statistiquement à l'aide de Microsoft office Excel.

Résultat :

L'échantillon comporta 43 individus, L'âge moyen de notre population était de 17 ans. Le risque de passage à l'acte suicidant était de (84 %) chez les filles et (14 %)chez les garçons. Le moyen médicamenteux constituait le moyen le plus fréquemment employé (54.3%) suivi de l'ingestion caustique (27,3 %) Il s'agissait essentiellement de tentatives de suicide non préméditées. Nos patients présentaient des antécédents personnels de tentative de suicide dans 25,8 % des cas. Des troubles psychiatriques caractérisés chez l'enfant et l'adolescent, chez les parents, la notion de désinsertion scolaire ont été retrouvés chez la majorité des suicidants

Conclusion :

Le profil clinique de nos patients se rapproche de la littérature ce qui nous conforte dans l'idée que ces enfants et adolescents doivent être pris en charge au cours et au décours d'une hospitalisation systématique, permettant une évaluation psychiatrique ainsi que psychologique et socio-environnementale aboutissant par la suite à un plan de prévention car on ne sera jamais à l'abri d'une nouvelles TS.

Abstract

Suicide remains a pressing global health concern, particularly among children and adolescents. Despite this recognition, effective management and rigorous prevention strategies continue to pose challenges. Our study aims to assess the prevalence of suicide attempts in this vulnerable population by examining cases treated at the University Hospital Centre (CHU) and the Specialized Hospital Establishment (EHS) in Tlemcen. Additionally, we seek to profile the socio-demographic characteristics of these individuals to inform targeted prevention efforts.

Materials and Methods: We conducted a retrospective descriptive study over a 20-month period within the psychiatric department of CHU Tlemcen. Our sample included children and adolescents who had attempted suicide. Data were collected through a printable questionnaire and from a register documenting patient encounter during shifts. Statistical analysis was performed using Microsoft Office Excel.

Results: The study sample comprised 43 individuals, with an average age of 17 years. Notably, the risk of suicidal behaviour was significantly higher among females (84%) compared to males (14%). The predominant method employed for suicide attempts was medication ingestion (54.3%), followed by caustic substance ingestion (27.3%). These incidents were primarily impulsive in nature. Approximately 25.8% of patients had a history of previous suicide attempts. Psychiatric disorders were prevalent among this population, and parental factors were commonly associated with suicidal behaviour.

Conclusion: Our study underscores the urgency of proactive measures to prevent suicide among children and adolescents. The clinical profile of these vulnerable individuals aligns with existing literature, emphasizing the need for professional care during and after a systematic hospitalization. Comprehensive evaluation and a holistic approach, including psychiatric, psychological, and socio-environmental components, is crucial for effective prevention planning. Moreover, recognizing parental factors associated with suicide underscores the importance of community involvement. As we remain vigilant, we acknowledge that vulnerability persists, and new suicide attempts are never entirely preventable.

ملخص

المقدمة

يُعد موضوع الانتحار لدى الأطفال و المراهقين مشكلة صحية عالمية، و مع ذلك لا يزال يطرح إشكالا من ناحية التكفل العاجل بضحاياه أو الوقاية الصارمة لتفادي حدوثه. الهدف من عملنا هو تقييم مدى انتشار الانتحار في وسط الأطفال و المراهقين الذين أقبلوا على الفعل و تمّ استقباليهم على مستوى المستشفى الجامعي و مصلحة الأم و الطفولة لتلمسان، مع رسم و تحديد ملامح التركيبة الاجتماعية و الديموغرافية لكلّ منهم، بهدف وضع خطة احترازية فعّالة و مضبوطة

المواد و الطرائق

لقد أجرينا دراسة وصفية بأثر رجعي خلال فترة 20 شهرا على مستوى مصلحة طب الأمراض العقلية و النفسية بالمستشفى الجامعي لتلمسان. تمّ إجراء الدراسة على الأطفال و المراهقين الانتحاريين، و قد جُمعت البيانات عبر استبيان قابل للطباعة و كذلك عبر السجل المتضمّن للمعلومات المتعلقة بالمرضى الذين استقبلوا خلال المناوبات داخل المستشفى. ثم جرت عملية المعالجة و التحليل الإحصائي للبيانات عن طريق استخدام برنامج مايكروسوفت أوفيس إكسل

النتائج

تتألف العينة التي تمت الدراسة عليها من 43 فرد، حيث كان متوسط أعمارهم 17 عام. فُتّرت نسبة خطر الانتحار لدى الفتيات بـ (84 % مقابل 14 %) لدى الذكور. و كانت الوسيلة الأكثر استخداما هي تناول الأدوية بنسبة (54.3 %) لتليها وسيلة ابتلاع المواد الكيماوية بنسبة (27.3 %). و الجدير بالذكر أنّ محاولات الانتحار هذه في الأساس محاولات دون سبق الإصرار. كان لمرضانا تاريخ شخصي في محاولة الانتحار في (25.8 %) من الحالات، و في معظم حالات الانتحار التي استقبلناها لاحظنا وجود اضطرابات نفسية و عقلية تميز الأطفال و المراهقين أو آباءهم بالإضافة إلى انتشار مفهوم التسرب المدرسي عندهم

الخاتمة

الملف السريري لمرضانا قريب في خصائصه لما ذكر في كتب البحث و طرائق العلاج أمام محاولات الانتحار لدى الأطفال و المراهقين، و هذا ما يؤكد ضرورة التكفل الصحيح للانتحاريين أثناء و بعد العلاج التلقائي المنهجي في المستشفى. مما يسمح في المقابل بتقييم عقلي و نفسي و اجتماعي لمحاوли الانتحار و هذا سيؤدي إلى وضع خطة وقائية ناجعة مجدية ؛ لأن لا ضمان لعدم حدوث محاولة انتحار جديد