

Mélanie Pinon

Le suicide de l'enfant, une réalité actuelle

Résumé

Ce chapitre est basé sur une étude menée à travers une revue de la littérature scientifique et des entrevues effectuées auprès de dix professionnels de l'enfance, dans le cadre de la problématique du suicide de l'enfant. Cinq thématiques ont été investiguées: la conception de la mort durant l'enfance, la création de l'idée suicidaire, de l'idéation suicidaire, le suicide durant l'enfance et la signification de l'acte suicidaire, la suicidologie et la suicidalité puis, finalement, les éléments de prévention. Les résultats ont mis en évidence une nécessité de répondre au manque de connaissances sur ce sujet et de mener des études spécifiques afin de répondre à la méconnaissance de ce phénomène et accroître la réponse donnée par la société à ce problème de santé publique.

Le suicide a fait l'objet de nombreux écrits depuis plusieurs siècles; Durkheim (1897), Freud (1914) et d'autres auteurs s'y sont très largement intéressés. Toutefois, le suicide de l'enfant n'est que peu traité. En effet, il n'est pas ou peu mentionné dans les campagnes de prévention et, pourtant, dès 1855, il apparaît, dans les écrits, comme une réalité existante (Durand-Fardel, 1855).

Ce chapitre est basé sur une étude qui s'est déroulée à travers un processus de récolte de données en deux temps: une revue de la littérature

actualisée sur le suicide de l'enfant comprenant les mots-clés suivants : enfant, suicide, mort, tentative de suicide, intervention ; puis des entrevues semi-directives auprès de dix professionnels de l'enfance en Suisse (trois pédopsychiatres, quatre enseignants primaires et trois travailleurs sociaux). La sélection des articles a été limitée aux publications de janvier 1990 à décembre 2017 et relatives à une population de cinq à onze ans.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats de la littérature scientifique actuelle sur le suicide de l'enfant mis en lien avec les connaissances et représentations des professionnels dans le but de pouvoir informer et mettre à jour les savoirs sur cette question.

Compréhension de la mort chez l'enfant

Plusieurs auteurs traitant du suicide à l'enfance ont mis en lien, dans leurs écrits, des corrélations entre le concept de mort et son développement chez l'enfant.

Selon Petot (2005), le concept de mort chez l'enfant «*comporte différents aspects qui ne sont pas tous compris au même moment*» (p. 269). Le concept mature de la mort est défini selon les caractéristiques suivantes : l'irréversibilité de la mort, l'universalité de la mort, l'imprévisibilité et finalement la causalité. Ces éléments sont les sous-concepts composant le concept de mort. Leur intégration psychique par l'enfant permettrait de dire qu'il a une compréhension mature de la mort. Mishara (1999) ajoute le sous-concept d'«*inescapability*» (p. 107) qui implique que la mort s'applique à tout sujet humain, animal ou végétal. Les enfants en âge préscolaire concevraient la mort comme réversible, non universelle ou évitable (Mishara, 2003), telle qu'un état de sommeil, comme dans le conte de la Belle au bois dormant.

La compréhension de l'irréversibilité interviendrait autour de l'âge de six-sept ans, âge auquel les enfants comprendraient le caractère permanent et final de la mort (Mishara, 1999). Pour Kovess-Masfety et al. (2015), les différents sous-concepts de la mort seraient acquis entre six et onze ans.

Indépendamment du développement cognitif, il est compliqué d'établir des stades précis dans l'acquisition du concept de mort car il existe une forte composante individuelle. En effet, Melear (1973, cité dans Mishara, 1999, p. 106) explique que si le sous-concept d'universalité est dépendant du développement cognitif de l'enfant, les autres sous-concepts sont, eux,

tributaires de l'environnement et du vécu. Des facteurs environnementaux tels que le statut socio-économique, la religion, les expériences personnelles avec la mort, et les expériences de maladie menant à la mort, influenceraient l'acquisition plus ou moins précoce de ce concept (Raimbault, 1975; Martinez, 2015). Cela expliquerait pourquoi certains jeunes enfants ont une acquisition plus mature du concept de mort qu'un grand nombre d'enfants plus âgés.

De plus, les conversations avec les pairs, la famille ainsi que les médias impactent la compréhension du concept de mort par l'enfant et son acquisition (Mishara, 1999). Les dessins animés pourraient perturber la vision de la mort, lorsque l'héroïne ressuscite par exemple (Mishara, 2003). Cette idée est confirmée par Roche, Giner et Zalsman (2005) qui pensent que les contes et les dessins animés influencent la perception de la mort, laissant les enfants avec une compréhension partielle du sous-concept d'irrévocabilité.

Suicide et signification de l'acte suicidaire à l'enfance

Durand-Fardel (1855) a été le premier à traiter la question du suicide chez l'enfant; en raison de l'incompréhension de cette problématique par la population générale, il avance que *«l'idée du suicide est si peu compatible avec celle de l'enfance qu'on se résigne difficilement à voir, dans leur rapprochement, autre chose qu'une monstrueuse exception»* (Durand-Fardel, 1855, cité dans Delamare et al., 2007, p. 42).

Cette thématique revêt une difficulté à être pensée; il y a quelque chose, dans le suicide de l'enfant, d'innommable, d'inconcevable et d'infranchissable ce qui pourrait expliquer le rejet qu'il provoque chez les personnes. L'enfant représente l'image même de l'innocence et par là, il est difficile, voire indépassable, d'imaginer qu'il puisse mettre fin à ses jours. D'ailleurs, des auteurs remettent encore en question la thématique du suicide chez l'enfant (Delamare et al., 2007).

D'autre part, il existe plusieurs mythes à ce propos. Par exemple: *«les enfants de moins de six ans ne peuvent se suicider»*, *«un enfant ne peut pas comprendre l'irrévocabilité de la mort»* ou encore *«un enfant ne peut cognitivement et physiquement planifier un suicide»* (Greene, 1994, p. 230). Les médecins légistes ont d'ailleurs longtemps omis de classer des décès d'enfants comme suicides. Un grand nombre d'accidents, notifiés

chez l'adulte comme des suicides sont, chez l'enfant, catégorisés comme accidents (Normand et Mishara, 1992). Des autopsies psychologiques et «enquêtes» rétrospectives sur le comportement et les intentions de l'enfant ont pourtant permis de mettre en évidence qu'il s'agissait de suicides. C'est pourquoi, dès 1966, les statistiques incluent dans leurs données le suicide de l'enfant «*dès dix ans*» (Delamare et al., 2007, p. 42). Même si cette thématique a été source de débat chez les auteurs en raison du lien entre suicide et acquisition du concept mature de mort (Connolly, 1999), la littérature s'accorde sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir intégré un concept mature de la mort pour se suicider.

À travers une étude descriptive, Mishara (1999) a pu observer que les enfants de huit à neuf ans avaient une compréhension du mot «suicide»; toutefois les plus jeunes, âgés de cinq à sept ans, avaient des difficultés avec ce terme même s'ils comprenaient parfaitement le verbe «se tuer». Les enfants comprennent que le suicide est un acte intentionnel provoquant la mort et que la mort est permanente et définitive. Ils acquièrent donc une compréhension du suicide très tôt dans l'enfance indépendamment du développement du concept de mort et de la compréhension du terme suicide (Mishara, 1999). Cette compréhension précoce du suicide vient confirmer la «*conclusion inattendue qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une représentation complètement achevée de la mort pour souhaiter mourir*» (Petot, 2005, p. 273). Les enfants ont également une connaissance claire des moyens permettant de se donner la mort: «*Ils ont une idée précise du mode opératoire*» (Petot, 2005, p. 273).

Mishara (1999, 2003) énonce trois sources principales de la construction du concept de suicide chez l'enfant: l'échange entre les pairs, la télévision et l'expérience d'un suicide dans l'environnement. La source principale d'information serait les médias, ce qui pose le problème de l'image qu'ils peuvent véhiculer. Effectivement, le suicide peut être dépeint comme une solution à un problème, par exemple à une rupture ou à une frustration due au fait de ne pas avoir obtenu quelque chose (Mishara, 2003; Greydanus et al. 2014).

Concernant les idées suicidaires durant l'enfance, plusieurs hypothèses peuvent être avancées: une réponse à un événement de vie, une difficulté de l'enfant lié à son objet interne ou encore à un attachement insécure, une capacité de pensée symbolique défaillante. La mise en acte devient alors un passage obligé d'expression des affects.

Il existerait deux types d'agir suicidaires: l'*acting-out* et un franchissement. Le premier serait un appel à l'aide et l'autre une fin en soi,

une volonté d'aller vers autre chose. Le suicide pourrait ainsi être envisagé comme un acte de vie, une volonté de renaître pour se défaire du poids de la souffrance vécue par l'enfant (Jeammet, 2017). Bush et Pargament (1995) évoquent aussi la possibilité que cela soit une demande de limite de la part de l'enfant envers ses parents, face à un manque de structure. Toutefois, il faut retenir qu'une tentative de suicide «*est rarement le premier signe d'une souffrance chez l'enfant*» (Delamare et al., 2007, p. 48).

Création de l'idéation suicidaire chez l'enfant

Diverses études s'accordent sur la méconnaissance et le manque d'information quant aux idées suicidaires chez l'enfant (Bodzy et al., 2016; Martin et al., 2016). Cette lacune pourrait être due à un manque d'information de la population générale et des professionnels ainsi qu'une absence d'études spécifiques sur cette problématique (Bodzy et al., 2016). Petot (2004, p. 664) rapporte les propos de Mélanie Klein qui «*affirmait dès 1932 que les enfants peuvent non seulement souffrir de dépression, mais encore avoir des idées suicidaires et même faire des tentatives de suicide avant d'être entrés en période de latence*». Cela montre à quel point il existe une précocité dans la création de l'idéation suicidaire et, qu'avant même de comprendre ce qu'est la mort, l'enfant peut présenter des idées suicidaires: «*les idées suicidaires peuvent être présentes même lorsque le concept de mort est immature*» (Petot, 2005, p. 275). Ces idées peuvent se manifester, par exemple, sous la forme de conversations ou de dessins récurrents autour de morts violentes, d'accidents (Bailey, 2011; Helsel, 2001, cités par Davis, 2004). Martin et al. (2016) pensent que la méconnaissance est aussi issue de la sous-estimation du taux réel de présence d'idées suicidaires chez de jeunes enfants. De plus, ils insistent sur le fait que les parents négligent souvent le risque d'idéations suicidaires durant l'enfance et, par conséquent, consultent peu pour cette problématique. Dans une étude menée en 2016 (Martin et al.), des entretiens conduits auprès de parents de trois cent soixante enfants âgés de trois à sept ans admis en hôpital de jour pédopsychiatrique ont montré que quarante-six de ces enfants (12,4%) présentaient des idées suicidaires. Des plans suicidaires et des tentatives de suicide étaient également présents chez neuf et dix enfants respectivement.

En fonction des différents stades de développement, les idéations suicidaires peuvent se présenter sous des formes diverses, planification

d'un suicide, pensées récurrentes autour de sa propre mort par exemple, mais dans tous les cas, elles montrent toujours une souffrance psychique sous-jacente (Bodzy et al. 2016). Il est important de prendre en compte que l'«*existence d'idées suicidaires*» durant l'enfance fait partie des «*prédicteurs de risque suicidaire à l'adolescence et à l'âge adulte*» (Petot, 2004, p. 663).

Causes de suicide et spécificités chez l'enfant

Le suicide de l'enfant est caractérisé par une sous-estimation de son occurrence (Davis, 2004 ; Mishara, 1999). Toutefois, de nos jours, c'est un fait épidémiologique reconnu (Petot, 2005). Nous savons également que «*les tentatives de suicide sont environ 15 fois plus nombreuses que les suicides "réussis"*» (p. 268). Le suicide représente la onzième cause de décès chez les enfants âgés de cinq à onze ans (Martin et al., 2016 qui citent Bridge et al., 2015). En 2001, le National Center for Health Statistics classifiait le suicide de l'enfant de dix à onze ans en troisième position des causes de mortalité (Davis, 2004). De même, Delamare et al. (2007) notent que si les suicides et tentatives de suicide chez l'enfant restent rares, 10 à 15 % des tentatives concernent «*des enfants de moins de douze ans*» (p. 41).

Matter et Matter (1984, cités dans Connolly, 1999) ont émis l'hypothèse d'un profil spécifique du suicide à l'enfance. Ils regroupent plusieurs facteurs qui pourraient en être à l'origine tels qu'une expérience familiale chaotique dès la plus jeune enfance. Cela amènerait l'enfant à développer un déficit dans les stratégies d'adaptation et des moyens de communication inadéquats. D'autres chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques des jeunes suicidaires et suicidants qui auraient une prédisposition au passage à l'acte (Westfeld et al., 2010). Ils listent les critères suivants : comportements antisociaux, problèmes avec l'autorité, agressivité, impulsivité, déficit des compétences et du fonctionnement social. D'autres éléments définissant le spectre du suicide ont pu être relevés chez les enfants présentant des comportements suicidaires : les préoccupations persistantes sur la mort, les idéations suicidaires, les comportements suicidaires conscients ou inconscients, les gestes suicidaires et tentatives de suicide, les plans suicidaires et le suicide (Bailey, 2001, cité dans Davis, 2004). À ces éléments s'ajoutent des signes et symptômes alarmants spécifiques tels qu'une récurrence de la thématique de la mort présente dans les

conversations, dans l'écriture ou le dessin, un isolement social inattendu, la prise de risque ou d'accidents inconsidérée, le don de ses affaires, des comportements de défi, une apparence négligée, des changements dans l'humeur, etc. (Bailey, 2001 ; Helsel, 2001, cités dans Davis, 2004).

Certains auteurs se sont intéressés aux troubles associés au passage à l'acte suicidaire, comme Dodig-Curkovic et al. (2010) qui émettent l'hypothèse qu'il pourrait exister une corrélation entre le risque de passage à l'acte et la présence de pathologies psychiatriques : dépression, anxiété, syndromes de stress post-traumatique, décompensation psychotique. Toutefois, concernant les troubles dépressifs, Stordeur et al. (2015) pondèrent ces propos en affirmant que « *les passages à l'acte chez l'enfant semblent plus impulsifs et moins souvent en lien avec des troubles thymiques associés* » (p. 258). Pour Delamare et al. (2007) « *la plupart du temps la conduite suicidaire n'est pas rattachée à une pathologie psychiatrique* » (p. 49).

La cause la plus évidente, mais parfois la moins apparente, semble être la détresse et la souffrance ressenties par l'enfant, s'il ne parvient pas à formuler son besoin d'aide autrement que par le passage à l'acte suicidaire. La cause la plus relatée dans la littérature est le dysfonctionnement familial (Delamare et al., 2007 ; Dodig-Curkovic et al., 2010), mais une autre, importante, concerne le cadre scolaire, en lien avec le harcèlement. Ces dernières pourraient être des facteurs de risque indéniables du suicide de l'enfant en raison de leur impact destructeur sur sa vie et son développement. En effet, Delamare et al. (2007) relèvent, dans leur étude, que 58 % des enfants interrogés sur les motifs de leur tentative de suicide mettent en cause leurs parents ou leur relation avec eux et 19,8 % allèguent un conflit en lien avec l'école. Ils constatent que les enfants ayant mis en avant un motif familial sont victimes d'une famille caractérisée comme insécure et peu contenante. L'abus sexuel, physique ou émotionnel ainsi que la maltraitance par un parent seraient les facteurs de risque environnementaux les plus prédictifs d'un passage à l'acte (Westfeld et al., 2010). Mais les enfants victimes d'isolement social et de harcèlement scolaire présenteraient aussi un risque élevé de comportement suicidaire (Westfeld et al., 2010).

Nous savons, aujourd'hui, « *qu'un enfant peut trouver très précocement un moyen efficace de se donner la mort* » (Petot, 2004, p. 669). Le moyen le plus évoqué par les enfants est celui de se jeter sous les roues d'une voiture (Petot, 2005). Dervic et al. (2006), qui ont étudié une population

de jeunes allant de cinq à quatorze ans, en Autriche, avancent la pendaison comme premier moyen, directement suivi par les armes à feu et la défenestration. À la différence des adolescents, les enfants ont recours à des moyens plus létaux et plus divers. Ils ont peu recours au suicide par intoxication médicamenteuse et procèdent le plus souvent à des suicides par strangulation, pendaison ou défenestration (Stordeur et al., 2015; Delamare et al., 2007). On trouve donc, chez les enfants, une létalité plus importante et une intentionnalité probablement amoindrie et cela de façon inversement proportionnelle à ce qui est rencontré chez les adolescents (Stordeur et al., 2015; Martinez, 2015). De plus, Westfeld (2010) explique qu'un passif d'idéations, comportements ou plans suicidaires à l'enfance représente un facteur de risque accru de suicide abouti à l'adolescence (Westfeld, 2010).

Éléments de prévention en milieu scolaire

Les résultats précédents indiquent que les principales sources d'information sur le suicide chez les enfants sont les pairs, la famille et les médias. Plusieurs études ont montré que les enseignants, les pairs et les parents tireraient parti de meilleures connaissances de la question du suicide, ainsi que de la mise en place des stratégies concrètes pour répondre aux besoins des enfants (Joshi et al., 2015). En effet, les enseignants rencontrés dans le cadre de cette étude ont fait part de leur envie d'être formés et recevoir des informations sur ces questions.

Plusieurs types de programmes existent et un grand nombre ont été menés au sein d'écoles. Delamare et al. (2007) notent, à cet effet, que *«l'école, second lieu d'investissement environnemental de l'enfant, est un secteur d'observation privilégié pour la prévention»* (p. 48). L'école peut, ainsi, développer des moyens de dépistage précoce du risque suicidaire, mais aussi accroître les compétences sociales et émotionnelles des élèves pour faire face à ce risque (Lieberman et al., 2006). En effet, les enseignants, dans leur pratique quotidienne, sont attentifs aux changements de comportement, d'attitude, de l'enfant, mais le lien avec les idéations suicidaires et un risque suicidaire potentiel est difficile à envisager. L'attention est, le plus souvent, portée sur un repli, une tristesse, mais peu vers un changement de comportement du type agitation. Or, plusieurs éléments de la littérature montrent qu'une externalisation du comportement peut montrer un profond mal-être.

Afin de potentialiser son dépistage de situations à risque, un des enseignants interrogés dans la recherche a mis en place une boîte à émotions afin de travailler avec les enfants sur leurs émotions et les problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie de tous les jours.

Trois types de programmes sont majoritairement recensés dans la littérature. Ils sont basés sur une prévention du suicide dans les écoles, au sein de la communauté et dans les lieux de soin. Le plus souvent, les programmes de prévention menés dans les écoles ont pour objectif d'accroître les stratégies d'adaptation des élèves et de les aider à identifier les facteurs de risques chez eux et leurs pairs. Ainsi, ils acquièrent une posture responsable face au risque suicidaire de l'autre et apprennent à s'apporter un soutien réciproque (Gould et al., 2003). Dans cette catégorie, on retrouve quatre sous-types: «*Skills training, Gatekeeper training, Peer helpers* [et] *Screening*» (Gould et al., 2003, p. 395).

- Dans la littérature, le plus saillant, de type «*skills training*», est celui dénommé «Les amis de Zippy». Il s'agit d'un programme de prévention universelle mené dans les écoles auprès d'enfants âgés de cinq à huit ans. Il a pour objectif de promouvoir la santé mentale, le bien-être émotionnel, mais surtout d'accroître le répertoire de stratégies d'adaptation afin de pouvoir faire face de manière plus efficace aux éléments négatifs de la vie (Clarke et al. 2014). Ce programme est basé sur l'hypothèse de départ que les enfants qui apprennent à développer des stratégies tôt dans l'enfance parviennent à gérer les problèmes et conflits de manière plus efficace à l'adolescence (Mishara et Ystgaard, 2000).
- Le «*Gatekeeper training*» tend à développer, chez les professionnels de l'éducation, des connaissances, attitudes et compétences pour l'identification d'élèves à risque, afin de leur donner des moyens d'action et un accès aux ressources communautaires (Gould et al., 2003; Westfeld et al., 2010; Steele et Doey, 2007). Le but est d'adopter un rôle de proche aidant auprès des élèves, mais également auprès des autres adultes (Joshi et al., 2015).
- Les programmes de type «*Peer helpers*» mettent l'accent sur la prévention et l'entraide par les pairs (Gould et al., 2003). Les enfants ont plus de facilité à se confier à un ami de leur âge plutôt qu'à un adulte; c'est pourquoi l'objectif de ces programmes est de former les enfants au rôle de pair aidant afin de pouvoir écouter, identifier et signaler tout élément qui leur semblerait préoccupant chez un autre enfant.
- Les programmes de «*screening*» permettent un dépistage du risque suicidaire propre à chaque individu (Joshi et al., 2015). Cette méthode s'effectue

à l'aide d'un questionnaire déterminant le risque suicidaire individuel (Westfeld et al., 2010). Cette technique a pour avantage d'offrir un dépistage global auprès de chaque enfant et cibler ceux qui auraient pu ne pas être identifiés par un système de soin, un enseignant ou un parent (Robinson et al., 2013).

Littérature et professionnels s'accordent sur le fait que l'école est un lieu indéniable de la prévention du suicide chez l'enfant. C'est une porte d'entrée de prévention à large spectre qui offre une mise en place efficace des moyens préventifs et produit un effet bénéfique à long terme permettant non seulement un accroissement des compétences sociales et émotionnelles, mais également académiques (Clarke et al., 2014). Toutefois, il est nécessaire que les enseignants soient formés à l'identification des élèves à risque et que les possibilités d'actions leur soient facilitées (Steele et Doey, 2007). En effet, une approche frontale de la prévention du suicide n'est pas envisageable auprès d'enfants. Mais un programme tel que «les amis de Zippy» pourrait outiller ces derniers à répondre à l'adversité sans recourir aux comportements agressifs de type passage à l'acte.

Conclusion

Le suicide de l'enfant nous semble, avant tout, être une question d'ordre social qui concerne chaque acteur de la vie de l'enfant. Dès lors, il est nécessaire d'accroître la collaboration entre eux et créer ainsi ensemble un maillage protecteur solide autour de l'enfant pour répondre à ses besoins, prévenir la survenue d'un fait fatal et lui offrir un espace psychique contenant, soutenant et sécurisant. Augmenter et améliorer cette collaboration aiderait l'enfant à trouver, dans chaque espace où il se développe, une manière d'avoir recours à une aide.

Néanmoins, nous relevons également la difficulté pour chacun de traiter la question du suicide durant l'enfance. En effet, cette étude confronte probablement à l'inacceptable qu'est la mort de l'enfant, son caractère inévitable et le choix qu'il peut faire de vouloir mourir. Malgré cela, il convient de garder à l'esprit que le suicide de l'enfant représente, le plus souvent, et avant tout, un appel vers la vie, une demande d'amélioration du monde dans lequel il grandit. C'est pourquoi chaque acteur de la vie de l'enfant doit être à même de pouvoir répondre à ses besoins et lui donner les outils pour faire face à l'adversité qu'il pourrait rencontrer.

Liste de références

- Bodzy, M., Barreto, S., Swenson, L., Liguori, G. et Costea, G. (2016). Self-reported psychopathology, trauma symptoms, and emotion coping among child suicide attempters and ideators. An exploratory study of young children. *Archives of suicide research: official journal of the international academy for suicide research*, 20(2), 160-175.
- Bush, E. et Pargament, K. I. (1995). A quantitative and qualitative analysis of suicidal preadolescent children and their families. *Child psychiatry and human development*, 25(4), 241-252.
- Clarke, A., Bunting, B. et Barry, M. (2014). Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: a cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. *Health education research*, 29(5), 786-798.
- Connolly, L. (1999). Suicidal behaviour: does it exist in pre-school aged children? *Irish journal of psychological medicine*, 16(2), 72-74.
- Davis, T. (2004). Counseling suicidal children *Suicide across the life span. Implications for counselors* (p. 211-234). American Counseling Association.
- Delamare, C., Martin, C. et Blanchon, Y. (2007). Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(1), 41-51.
- Dervic, K., Friedrich, E., Oquendo, M., Voracek, M., Friedrich, M. et Sonneck, G. (2006). Suicide in Austrian children and young adolescents aged 14 and younger. *European child and adolescent psychiatry*, 15(7), 427-434.
- Dodig-Curkovic, K., Curkovic, M., Radic, J., Degmecic, D. et Filekovic, P. (2010). Suicidal behavior and suicide among children and adolescents-risk factors and epidemiological characteristics. *Collegium antropologicum*, 34(2), 771-778.
- Durand-Fardel, M. (1855). Étude sur le suicide chez les enfants. *Annales médico-psychologiques*, 1, 61-79.
- Durkheim, E. (2014). *Le suicide*. Flammarion.
- Freud, S. (2012). *Pour introduire le narcissisme*. Payot.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. et Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal*

- of the American academy of child and adolescent psychiatry, 42(4), 386-405.
- Greene, D. (1994). Childhood suicide and myths surrounding it. *Social work*, 39(2), 230-232.
- Greydanus, D., Bhave, S. et Apple, R. (2012). Suicide in children : concepts for clinicians and researchers. *Child and adolescent health yearbook*, 2010 (p. 431-445). Nova Biomedical Books.
- Jeammet, P. (2017, 15 juin). *La maladie mentale chez les jeunes, les réponses de la pédopsychiatrie en 2017*. Congrès de pédopsychiatrie. Lausanne.
- Joshi, S., Hartley, S., Kessler, M. et Barstead, M. (2015). School-based suicide prevention : content, process, and the role of trusted adults and peers. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 353-370.
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro, M. et Carta, M. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of affective disorders*, 177, 28-35.
- Lieberman, R., Poland, S. et Kowan, C. (2006). Suicide prevention and intervention. *National association of school psychologists*, 11-15.
- Martin, S., Liu, R., Mernick, L., DeMarco, M., Cheek, S., Spirito, A. et Boekamp, J. (2016). Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically referred young children. *Psychiatry research*, 246, 308-313.
- Martinez, M. (2015). Correlates of suicide-related behaviors among children ages six to twelve. *Dissertation abstracts international. Section B. The sciences and engineering*, 76(5-B(E)).
- Mishara, B. et Ystgaard, M. (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the befrienders international reaching young Europe pilot program in Denmark. *Crisis. The journal of crisis intervention and suicide prevention*, 21(1), 4-5, 7.
- Mishara, B. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide and life-threatening behavior*, 29(2), 105-118.
- Mishara, B. (2003). How the media influences children's conceptions of suicide. *Crisis*, 24(3), 128-130.
- Normand, C. et Mishara, B. (1992). The development of the concept of suicide in children. *Omega : journal of death and dying*, 25(3), 183-203.

- Petot, D. (2004). Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. *L'Évolution psychiatrique*, 69(4), 663-670.
- Petot, D. (2005). Les idées suicidaires chez les enfants de six ans: leur réalité et leur expression au test de Rorschach. *Revue européenne de psychologie appliquée = European review of applied psychology*, 55(4), 267-276.
- Raimbault, G. (1975). *L'enfant et la mort*. Dunod.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. et O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164-182.
- Roche, A., Giner, L. et Zalsman, G. (2005). Suicide in early childhood: a brief review. *International journal of adolescent medicine and health*, 17(3), 221-224.
- Steele, M. et Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian journal of psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6, suppl. 1), 35S-45S.
- Stordeur, C., Acquaviva, E. et Galdon, L. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Archives de pédiatrie*, 22(3), 255-259.
- Westefeld, J., Bell, A., Bermingham, C., Button, C., Shaw, K., Skow, C. et Woods, T. (2010). Suicide among preadolescents: a call to action. *Journal of loss and trauma*, 15(5), 381-407.