

[texte](#)

[editorial](#)

Suicide, handicap et bonbons

Par: Anne-Claire de Crouy, Médecin chef de service de médecine physique et de réadaptation, CMPA, Neufmoutiers /

Publié le : 19 Avril 2011

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Merci à tous les journalistes qui nous font la grâce de penser. Penser qu'un enfant ne se suicide pas en se précipitant par la fenêtre parce qu'il a ou pas mangé des bonbons. Le 17 janvier 2011, les dépêches d'information rapportent que Lalita, 9 ans, diabétique, s'est défenestrée suite à un conflit avec une nourrice concernant quelques bonbons. La juxtaposition des faits énoncés peut laisser entendre un lien de cause à effet sidérant. Certes la violence du geste expose l'autre, quelque soit sa mission sociale, à une angoisse telle que la tentation est de se protéger, de protéger l'entourage de l'enfant, bien souvent au prix d'une rationalisation aberrante. Mais les raisons du suicide d'un enfant ou d'un adolescent resteront toujours largement incompréhensibles et cela ne doit pas nous décourager d'aborder la question de la souffrance psychique sous-jacente.

Parfois l'enfant survit à la précipitation, le même réflexe de défense s'instaure y compris parmi les soignants et c'est un effort constant de penser et de tenir un espace de soins qui permette d'accueillir l'enfant et sa famille dans leur réalité, toujours infiniment complexe et douloureuse. Réalité psychique évidemment, puisque seule une impasse immensément douloureuse peut conduire à un tel geste ; réalité physique aussi, puisque le prix de la survie est toujours une lésion physique qui bien souvent se soldera par un handicap. Le temps du soin se doit donc d'assumer cette double ambition de soins somatiques et psychiques incarnés par des médecins spécialistes prêts à travailler ensemble dans un espace où la question de la juste place de chacun doit être interrogée en permanence. C'est dans cet esprit qu'avec le docteur Nicolas Girardon nous avons ouvert en 2006, au sein du service de MPR (Médecine Physique et Réadaptation), une unité mixte MPR-Psychiatrie (12 lits) avec

des locaux et des moyens spécifiquement dédiés.

Après le traumatisme et la stabilisation de l'état physique permettant la sortie de réanimation, un entretien préalable à l'admission qui réunit l'enfant, ses parents, le médecin de MPR, le psychiatre et un soignant permet de présenter le cadre de soins proposé. C'est le temps qui permet de dramatiser le geste et de l'inscrire dans une narration qui, à ce stade, ne fait émerger que des petites bribes de la réalité. Le cadre de l'entretien est extrêmement formel, quasiment ritualisé pour l'équipe. Il est question de nommer l'enfant, ses parents, la situation familiale (fratrie, domicile, autorité parentale?), le niveau et le lieu de scolarisation de l'enfant, les professions des parents, les antécédents médicaux, et de recueillir par l'enfant et sa famille l'état de leur connaissance sur les lésions et le pronostic annoncé. Il n'est nullement question de traiter, simplement de se présenter réciproquement, de convenir des conditions d'admission et de soins de l'enfant, en rappelant le cadre de la loi. La compréhension de la place, du sens du traumatisme dans la vie de l'enfant et de ses parents sera un des objets du travail dans le service. Bien souvent la narration ne fait que débiter dans le service, elle se poursuivra auprès de psychiatres, de psychologues, de psychothérapeutes bien après la sortie.

La nature même du passage à l'acte fait que les soins physiques et psychiques sont intriqués dans le temps. Certaines personnes représentent spécifiquement une dimension du soin (médecins, kinésithérapeutes, psychologue), d'autres passent en permanence du soin physique au soin psychique (infirmiers, aides-soignants, ergothérapeute). Le danger est donc la confusion, la globalisation et la perte de la rigueur et de la compétence de chacun nécessaires à des soins de qualité. De façon caricaturale, c'est le temps du soin physique qui conditionne le temps de l'hospitalisation. Il est souvent nécessaire d'être un peu plus souple pour laisser le temps aux solutions d'aval d'être les mieux adaptées. Comme pour tout patient hospitalisé en MPR, on retrouve les temps de bilan et de rééducation aiguë, « l'annonce » du handicap et la réadaptation. Il ne s'agit bien sûr pas d'annoncer le handicap mais de constater ensemble que les lésions physiques se stabilisent dans un état qui contraint au handicap et qu'il convient d'en tenir compte pour pouvoir penser au mieux des projets de vie (retour au domicile, scolarisation, socialisation?). Il faut pouvoir s'adresser au sujet, responsable malgré son jeune âge, et capable d'entreprendre pour lui-même un travail d'exploration de sa vie.

Ces enfants ou plus souvent adolescents doivent dorénavant prendre consciemment soins d'eux dans la durée (physiquement et psychologiquement). La survie leur propose d'accueillir la vie. Accueillir la vie dans une nouvelle réalité plus difficile encore à comprendre et à faire entendre que celle qui a précédé leur geste suicidaire (alors même que la question de la tentative de suicide n'est pas encore traitée). Nombreux sont les gens, soignants compris, qui face à un enfant ou un adolescent handicapé qui évoque la mort répondent simplement « c'est bien normal, moi aussi j'aurais envie de mourir à ta place ». Etre handicapé et accéder au statut de patient devient alors une véritable entreprise, y compris dans cette situation exceptionnelle.

Merci alors à tous ceux qui nous feront la grâce de penser. Penser la complexité qui permettra à l'enfant ou l'adolescent de se soigner et de s'approprier son chemin de vie.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire