



Id\u00e9es et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent :
pr\u00e9vention, rep\u00e9rage, \u00e9valuation, prise en charge
Acteurs de soins de premi\u00e8re ligne*

Dr Marc FILLATRE,
Psychiatre

Unit\u00e9 d'Adolescents, CHU de Tours
Maison des Adolescents de Touraine
R\u00e9seau VIES 37



**Valid\u00e9e par le Coll\u00e8ge de l'HAS le 9 septembre 2021*

Destinataires des recos

- Les recommandations sont destinées aux intervenants du secteur sanitaire, social et médico-social, de l'Éducation nationale et du **secteur associatif** notamment :
- médecins généralistes, médecins scolaires, infirmières scolaires, urgentistes, infirmières d'accueil des urgences, psychiatres, infirmières de psychiatrie, psychologues, pédiatres, pharmaciens, **éducateurs spécialisés, assistantes sociales...**

Population visée

Concernent les jeunes de 10 à 24 ans.

Mais : L'adolescence et, par extension, l'enfance étant définies de façon complexe par des critères biologiques, sociaux et culturels, **il est préconisé de ne pas fixer de bornes d'âges dans la conception des stratégies de prévention** des conduites suicidaires à ces âges.

Par ce choix, il s'agit également d'encourager l'ensemble des acteurs impliqués à **prioriser dans leur action l'approche développementale** plutôt que la segmentation sur des critères d'âge civil.

Questions abordées dans cette reco

- Les principes généraux pour le repérage, la prise en charge et le suivi
- Comment repérer ? Avec quels outils ?
- Comment évaluer ?
- Comment prévenir le passage à l'acte ?
- Quelle prise en charge ?
- Quel suivi ?

Focale : termes à privilégier

- **Tentative de suicide** : comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel il existe des preuves explicites **ou implicites** de l'intention de mourir.
- **Suicide** : décès causé par un comportement autodirigé préjudiciable pour lequel il existe des preuves explicites **ou implicites** de l'intention de mourir.

NB : (...) il est reconnu que la notion d'intentionnalité est un phénomène complexe, multidimensionnel et parfois difficile à établir en pratique clinique.

- **Urgence suicidaire**, probabilité de conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme.
- **Vulnérabilité suicidaire**, qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen ou le long terme

Focale : termes à privilégier

- **Crise suicidaire** : crise psychique dont le risque majeur est le suicide. En raison d'un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité, la personne est placée en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.
- **Processus suicidaire** : catégorie recouvrant l'ensemble du spectre allant des idées suicidaires au suicide, en passant par les tentatives de suicide et l'ensemble des comportements préparatoires au passage à l'acte.
- **Conduite suicidaire** : catégorie recouvrant la part agie du processus suicidaire, c'est-à-dire les tentatives de suicide et l'ensemble des comportements préparatoires au passage à l'acte.

Focale : termes à bannir

en raison de leur imprécision, de leur caractère trompeur ou de leur connotation stigmatisante

- suicide accompli ou réussi
- tentative de suicide ratée
- autolyse
- menace suicidaire
- parasuicide
- chantage au suicide
- idée noire
- récurrence suicidaire
- commettre un suicide ou une tentative de suicide

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

1. Repères épidémiologiques

1.1. Suicide

1.2. Tentative de suicide

1.3. Réitération suicidaire

1.4. Idées suicidaires

1.5. Populations d'intérêt

1.5.1. Adolescence

1.5.2. Enfance

1.6. Conduites suicidaires

1.6.1. Considérations préliminaires

1.6.2. Conduites suicidaires

1.6.3. Automutilation délibérée, automutilation non suicidaire et automutilation

1.6.4. Idées suicidaires

1.6.5. Tentative de suicide et suicide

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

2. Référentiels de compréhension

2.1. Les limites de l'approche par le risque

2.2. Approches développementales

3. Quatre principes généraux de la prévention du suicide

3.1. Approche globale ou multiple

3.2. Approche proactive et graduée

3.3. Approche développementale

3.4. Approche écosystémique, relationnelle et sociale

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

4. Quelques précisions cliniques et développementales

- 4.1. Comment expliquer la transition des idées suicidaires à la tentative de suicide ?
- 4.2. Quelles sont les motivations des enfants et des adolescents à se suicider ?
- 4.3. Que signifie « se suicider » pour un enfant ou un adolescent ?
- 4.4. La crise suicidaire

5. Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ?

- 5.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques
- 5.2. Revue des stratégies de dépistage
 - 5.2.1. Outils employés
 - 5.2.2. Performances psychométriques et interprétations

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

5.2.3. Faisabilité

5.2.4. Iatrogénie

5.2.5. Dépistage en milieux spécifiques

5.2.5.1. Milieu scolaire

5.2.5.2. Médecine de ville

5.2.5.3. Aux urgences

Stratégies de repérage

5.2.6. Stratégie nationale

5.2.7. Modalités cliniques du repérage

5.2.8. En milieu spécifique

5.2.8.1. Milieu scolaire

5.2.8.2. Médecine de ville

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

6. Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ?

6.1. Concepts et définitions

6.2. Recueil des informations

6.3. Estimation de la probabilité de conduites suicidaires

6.3.1. Principes généraux

6.3.2. Évaluation du potentiel suicidaire

6.3.2.1. Urgence suicidaire – Préconisations générales

6.3.2.2. Chez l'enfant et l'adolescent

6.3.2.3. Après une tentative de suicide

6.3.2.4. Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

6.3.2.5. Limites à l'évaluation du potentiel suicidaire

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

6.4. Évaluation du risque suicidaire

6.4.1. Principaux facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide chez l'adolescent

6.4.2. Facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide chez l'enfant

6.4.3. Facteurs de protection du suicide et des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent

6.4.4. Stratégie d'évaluation du risque suicidaire

6.4.5. Pertinence de l'évaluation du risque

6.5. Évaluation intégrée

6.6. Outils d'évaluation

6.6.1. Chez l'adolescent

7. Comment orienter ?

7.1. En cas de repérage d'une crise suicidaire

7.1.1. Dans quel cas orienter ?

7.1.2. Vers qui orienter ?

7.2. Après une tentative de suicide

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

8. Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ?

- 8.1. Cadre professionnel
- 8.2. Cadre relationnel
- 8.3. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?
 - 8.3.1. Intérêt de l'hospitalisation
 - 8.3.2. Critères d'hospitalisation
 - 8.3.3. Conditions d'une prise en charge en ambulatoire
 - 8.3.4. Exemple d'une prise en charge intensive en ambulatoire
- 8.4. Conditions d'hospitalisation
 - 8.4.1. Où hospitaliser ?
 - 8.4.2. Quelles modalités d'hospitalisation mettre en œuvre ?

9. Prise en charge hospitalière

- 9.1. Principes de prise en charge
- 9.2. Surveillance et protection en milieu hospitalier
- 9.3. Sortie d'hospitalisation
 - 9.3.1. Critères
 - 9.3.2. Conditions
 - 9.3.3. Durée d'hospitalisation

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

10. Plan de sécurité

- 10.1. Objectifs
- 10.2. Construction du plan de sécurité
- 10.3. Composantes du plan de sécurité
- 10.4. Spécificités pour les enfants
- 10.5. Déclinaisons
- 10.6. Efficacité

11. Accompagnement de moyen et long terme

- 11.1. Objectifs
- 11.2. Remarques générales sur l'adhésion au suivi
- 11.3. Les interventions psychosociales
- 11.4. Les limites des ECR en prévention du suicide
- 11.5. Psychothérapies
 - 11.5.1. Thérapie comportementale dialectique
 - 11.5.2. Psychothérapie interpersonnelle

*Essais contrôlés
randomisés*

L'étude du sommaire montre la richesse des sujets abordés

11.6. Thérapie basée sur la mentalisation

11.6.1. Psychothérapies d'orientations cognitives et comportementales (TCC)

11.6.1.1. TCC individuelle

11.6.1.2. TCC individuelle + familiale

11.6.2. Psychothérapie axée sur la résolution des problèmes

11.6.3. Psychothérapie de groupe

11.6.4. Interventions de soutien

11.6.5. Psychothérapies familiales

11.7. Traitements pharmacologiques

11.7.1. Antidépresseurs

11.7.2. Thymorégulateurs

11.7.3. Kétamine

11.8. Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

11.9. Les interventions numériques

12. Les dispositifs de veille et de recontact

Approche globale et multiple de la prévention

- **une approche multidisciplinaire**, c'est-à-dire reposant sur les connaissances issues de champs de savoir différents (sciences biomédicales, épidémiologie, sociologie, psychologie, anthropologie, éthique et déontologie, économie de la santé, etc.)
- **une approche multimodale**, c'est-à-dire combinant les types et modalités d'intervention
- **une approche multisectorielle**, c'est-à-dire reposant sur un partenariat entre les différents secteurs impliqués (sanitaire, médico-social, social, éducatif, judiciaire, associatif, etc.).
- **une approche multiniveau**, c'est-à-dire combinant les interventions de portée universelle, sélective et ciblée.

Identifier et accompagner les jeunes à risque

Organiser une chaîne continue d'actions :

**Repérage → évaluation → orientation
→ protection, accompagnement et soins**

La pertinence du maillon d'amont dépend de l'efficacité du maillon d'aval :

- les actions destinées à mieux détecter les enfants et les adolescents à risque suicidaire => moyens d'évaluer => moyens d'orienter les sujets identifiés
- l'évaluation d'une crise suicidaire => orientation adaptée
- l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent suicidant ou suicidaire => ressources d'aval capables de le protéger, de le soigner et de l'accompagner

Identifier et accompagner les jeunes à risque

- Pas de campagne de dépistage systématique des sujets en risque suicidaire
- Campagnes de sensibilisation quand sur-risques (milieu scolaire, Aide sociale à l'enfance, Protection judiciaire de la jeunesse et certains secteurs du handicap)
- MG, Péd., Med Scol, Inf Scol : **pas de questions systématiques. Uniquement si trouble de santé mentale ou doutes importants**
- Dans les autres situations, pour dépister en systématique, utiliser des test comme le BITS (Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress)

Identifier et accompagner les jeunes à risque

- L'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève du champ de compétence et de responsabilité des professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale. Lesquels doivent être formés.
- Les parents doivent être systématiquement reçus (évaluation contextuelle) sauf si le mineur s'y oppose malgré les efforts de l'évaluateur.

Les recommandations de Bonnes pratiques sont en ligne :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-prise-en-charge



Merci de votre attention !