



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Idées et conduites
suicidaires chez
l'enfant et
l'adolescent :
prévention,
repérage,
évaluation, prise en
charge**

Validé par le Collège le 9 septembre 2021

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.


Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	L'objectif est d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents suicidants et à risque suicidaire.
Cibles concernées	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...
Demandeur	Autosaisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Muriel Dhénain, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Assistante de projet : Mme Laëtizia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 1995 à octobre 2020 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Marina Rennesson, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Dr Bojan Mirkovic, chargé de projet, Evreux
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Dr Charles-Édouard Notredame, psychiatre, Lille), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 9 septembre 2021
Actualisation	
Autres formats	Argumentaire et synthèses de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – septembre 2021 –

Sommaire

Introduction	5
1. Définitions	6
2. Quatre principes généraux de la prévention du suicide	8
3. Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ?	10
3.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques	10
3.2. Dépistage en milieux spécifiques	10
3.2.1. Milieu scolaire	10
3.2.2. Médecine de ville	11
3.2.3. Aux urgences	12
3.3. Stratégies de repérage	12
4. Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ?	13
5. Comment orienter ?	16
6. Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ?	17
6.1. Cadre professionnel et relationnel	17
6.2. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?	17
7. Prise en charge hospitalière	19
8. Plan de sécurité	20
9. Accompagnement de moyen et long terme	21
10. À la sortie d'un séjour hospitalier ou des urgences	23
Table des annexes	24
Participants	27

Introduction

La recommandation de bonne pratique sur le thème « Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge » est une autosaisine de la HAS. Elle fait partie des travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la HAS¹.

Enjeux et objectif de la recommandation de bonne pratique

Le suicide fait partie des causes de décès évitables.

En France, le suicide est un enjeu majeur de santé publique.

Les tentatives de suicide ont un fort impact psychologique et social sur la personne concernée et ses proches.

Les enjeux d'une amélioration des pratiques professionnelles de prévention et de prise en charge des idées et conduites suicidaires des enfants et des adolescents sont une réduction de la fréquence des passages à l'acte, une réduction des handicaps et des incapacités, et une diminution des réitérations suicidaires.

L'objectif de ce travail est l'élaboration de recommandations dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents suicidants et à risque suicidaire.

Population concernée

La population concernée est celle des enfants et des adolescents.

Professionnels concernés

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...

Délimitation du thème

La liste des questions auxquelles les recommandations devront répondre, pour les enfants et adolescents suicidants et à risque suicidaire, est la suivante :

- Quels sont 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 ?

¹ Haute Autorité de santé. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

1. Définitions

R1. Compte tenu de ce que l'adolescence et, par extension, l'enfance sont définies de façon complexe par des critères biologiques, sociaux et culturels, il est préconisé de ne pas fixer de borne d'âge dans la conception des stratégies de prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent. 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 (AE).

R2. Pour des raisons de clarté du propos, et au regard des discussions sémantiques menées aux échelons national et international, il est proposé de retenir les définitions suivantes (AE) :

Idée suicidaire : fait de penser à mourir. L'idée suicidaire peut être :

- passive : vouloir être mort sans penser à se suicider ;
- active : penser à se suicider.

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.

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.

Suicidé : état d'une personne qui est décédée par suicide.

Suicidaire : état d'une personne qui a des idées suicidaires.

Suicidant : état d'une personne qui a fait une tentative de suicide.

Réitération suicidaire : nouvelle tentative de suicide pour une personne qui a déjà un ou plusieurs antécédents de tentatives de suicide.

Blessure auto-infligée : comportement autodirigé portant un préjudice pour l'individu. On parlera de **blessure auto-infligée non suicidaire** lorsqu'il existe des preuves implicites ou explicites que la personne n'avait pas l'intention de mourir.

Bien qu'elle se situe au cœur de plusieurs des définitions proposées ci-dessus, il est reconnu que la notion d'intentionnalité est un phénomène complexe, multidimensionnel et parfois difficile à établir en pratique clinique.

R3. Par ailleurs, il est recommandé de ne plus employer les termes suivants 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 ». Il est également recommandé de ne pas utiliser les termes « récurrence suicidaire », « commettre un suicide ou une tentative de suicide » en raison de leur connotation pénale (AE).

R4. Enfin, il est préconisé de réserver la notion de **suicidalité** aux articles scientifiques dans lesquels elle doit être systématiquement définie (AE).

2. Quatre principes généraux de la prévention du suicide

R5. Il est recommandé que l'ensemble des actions, stratégies et pratiques de prévention des idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent soient guidées, depuis leur conception jusqu'à leur mise en œuvre, par quatre principes généraux (AE).

- **Le principe de globalité**, qui se décline en quatre approches complémentaires :
 - **l'approche multidisciplinaire** : mobilisation de l'ensemble des champs de savoir pertinents, comprenant notamment les sciences biomédicales, les sciences humaines et les savoirs expérientiels ;
 - **l'approche multimodale** : combinaison des types et modalités d'intervention (par exemple, action de communication, facilitation de l'accès aux soins, etc.) ;
 - **l'approche multisectorielle** : mobilisation et mise en complémentarité des différents secteurs impliqués (notamment sanitaire, médico-social, socio-éducatif et associatif) en respect des compétences et responsabilités de chacun ;
 - **l'approche multiniveau** : combinaison des interventions de portée universelle (qui concerne la population générale), sélective (qui concerne les groupes à risque) et ciblée (qui concerne les personnes déjà touchées).
- **Le principe de proactivité**, qui vise à pourvoir aux besoins des enfants et des adolescents suicidaires ou suicidants tout en prenant acte de leurs possibles difficultés à exprimer ces besoins. Le principe de proactivité se décline en :
 - la délivrance systématique d'une réponse adaptée, que l'enfant ou l'adolescent manifeste ou non sa motivation et son investissement ;
 - une visée maximaliste dans les réponses apportées ;
 - la mise en œuvre de stratégies d'aller-vers ;
 - un effort de repérage et d'orientation soutenu faisant systématiquement prévaloir l'intérêt des enfants et des adolescents suicidaires ou suicidants ;
 - le maintien du lien avec les enfants et les adolescents suicidaires ou suicidants en amont et en aval de leur prise en soin ;
 - dans les circonstances les plus critiques, la protection des enfants et des adolescents suicidaires, y compris malgré leur avis.

Le principe de proactivité s'accompagne nécessairement d'une mise en balance avec les risques d'intrusion ou d'atteinte aux libertés, dans une attention constante à ce que les interventions menées soient justement proportionnées aux besoins.

- **Le principe développemental** qui se traduit par :
 - la reconnaissance des enjeux pronostiques particuliers de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent et des interventions à conduire pour y répondre ;
 - un effort systématique d'adaptation des modalités de repérage, d'orientation, de protection et d'intervention au développement psycho-affectif, cognitif et comportemental des enfants et des adolescents.

- **Le principe écosystémique** selon lequel le repérage, l'orientation ainsi que les mesures de protection et d'intervention dédiées à la prévention des idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent devraient systématiquement intégrer l'environnement relationnel et social (notamment scolaire), avec une attention particulière aux parents et à la famille proche.

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

3.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques

R6. Il est recommandé de mettre en cohérence les stratégies de prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent selon une chaîne de prévention : **repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soins** (AE). Dans cette chaîne, la pertinence du maillon d'amont dépend de l'efficacité du maillon d'aval. En d'autres termes :

- les actions destinées à mieux détecter les enfants et les adolescents à risque suicidaire devraient être systématiquement assorties de moyens d'évaluer puis d'orienter les sujets identifiés ;
- l'évaluation d'une crise suicidaire doit donner lieu à une orientation adaptée ;
- l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent suicidant ou suicidaire doit se faire vers des ressources d'aval capables de le protéger, de le soigner et de l'accompagner.

3.2. Dépistage en milieux spécifiques

3.2.1. Milieu scolaire

De prime abord, la littérature fait apparaître des résultats probants concernant l'innocuité et les performances des campagnes de dépistage en milieu scolaire en termes de repérage des adolescents à risque suicidaire. Cependant, la valeur préventive de ces campagnes dépend étroitement de la possibilité de proposer à chaque adolescent dépisté une évaluation clinique complémentaire et une orientation adaptée au résultat de cette évaluation. Or, le dispositif à mettre en œuvre pour assurer de manière systématique et protocolisée le dépistage, l'évaluation et l'orientation des jeunes requiert la disponibilité d'un nombre important de professionnels formés et suppose des contraintes organisationnelles exigeantes. En outre, l'acceptabilité d'un dépistage systématique du risque suicidaire pour les adolescents, les tuteurs légaux et les professionnels d'une institution donnée est un facteur limitant non négligeable. Dans la littérature, seul le programme SOS a fait ses preuves en termes d'efficacité préventive. Or, ce programme comprend une double valence de dépistage et de sensibilisation et aucun argument ne permet d'attribuer sa performance à l'une ou l'autre de ces valences.

R7. Mise en regard de l'importance des moyens à mobiliser et des limites de faisabilité, la modestie des bénéfices attendus ne justifie pas de recommander le déploiement de campagnes de dépistage systématique du risque suicidaire en milieu scolaire (grade C).

R8. En revanche, **il est recommandé la mise en place d'actions de sensibilisation aux conduites suicidaires, à la santé mentale, à l'entraide et à l'accès aux soins dans toutes les institutions accueillant des enfants et des adolescents**, en particulier en milieu scolaire et dans les institutions prenant en charge des populations présentant un surrisque de trouble de santé mentale (notamment l'Aide sociale à l'enfance, la Protection judiciaire de la jeunesse et certains secteurs du handicap) (AE).

R9. Enfin, s'il n'est pas préconisé le déploiement systématique de stratégies de dépistage en population infanto-juvénile, il est encouragé toute démarche de recherche-action qui viserait à

consolider les éléments de preuve concernant la pertinence de telles stratégies, avec une attention particulière pour la balance coût/bénéfice qu'elles impliquent (AE).

3.2.2. Médecine de ville

Il est préconisé de renforcer les capacités des acteurs de soins primaires – notamment le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin scolaire et l'infirmière scolaire – à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires. À cette fin, il est recommandé :

- **R10.** Lors des consultations pour des difficultés en lien avec la santé mentale, ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de la consultation, d'interroger systématiquement l'enfant ou l'adolescent sur l'existence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes. Les questions posées doivent être claires et explicites. Au besoin, des outils comme l'*Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) peuvent être utilisés (AE).
- **R11.** Pour toutes les autres consultations d'enfants et d'adolescents, d'en rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes en employant le *Bullying Insomnia Tobacco Stress* (BITS), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans (grade C). En pratique, il est demandé d'aborder les thèmes brimades, insomnies, tabac, stress, en posant successivement les questions dans l'ordre du tableau 1.

Tableau 1. Questions du BITS

Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnie	As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? Des cauchemars ?	Insomnies, troubles du sommeil	1 point
		Cauchemars	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? Par les deux ?	Stress dû au travail scolaire ou à l'ambiance familiale	1 point
		Stress dû au travail scolaire et à l'ambiance familiale	2 points
Brimades	As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, ou par téléphone ou internet ? Et en dehors de l'école ?	Brimades ou maltraitances à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitances en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infraquotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ :

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?
5. Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :
6. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

3.2.3. Aux urgences

De la même manière que pour les acteurs de soins primaires, il est préconisé de renforcer les capacités des professionnels soignants des services d'urgence à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires par l'adoption de la stratégie suivante :

- **R12.** Interroger systématiquement les enfants et les adolescents sur la présence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes lorsque la consultation est motivée par des difficultés en lien avec la santé mentale ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de l'entretien. Au besoin, des outils comme l'ASQ peuvent être utilisés (AE).
- **R13.** Pour toutes autres causes d'admission aux urgences d'enfants et d'adolescents, rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes en employant le Bullying Insomnia Tobacco Stress (BITS), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans (AE). En pratique, il est demandé d'aborder les thèmes brimades, insomnies, tabac, stress, en posant successivement les questions dans l'ordre du Tableau 1. Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ (cf. R11).

3.3. Stratégies de repérage

R14. Il est rappelé que poser la question à un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suicidaires n'induit pas chez lui de telles idées ou ne provoquera pas de passage à l'acte. Par conséquent, il est recommandé d'être explicite lorsque la question est abordée (grade C).

Lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime des idées suicidaires à un adulte – en particulier s'il s'agit d'un professionnel –, il est nécessaire qu'il reçoive de sa part une réponse réactive et adaptée, notamment en termes d'écoute et d'orientation.

R15. Aussi, il est préconisé que l'ensemble des professionnels au contact d'enfants et d'adolescents soit sensibilisé aux enjeux de la santé mentale à ces âges, au repérage des signes généraux de mal-être, à la façon d'y répondre et aux ressources professionnelles disponibles (grade C).

Proposition aux décideurs 1. S'agissant plus particulièrement du risque suicidaire, il est proposé de s'appuyer sur le déploiement de réseaux de sentinelles formées, accompagnées et articulées avec les dispositifs de soins en santé mentale.

Une sentinelle est un citoyen, professionnel ou non, présentant une disposition spontanée au souci de l'autre et à l'entraide, élargissant cette disposition au-delà de son seul cercle privé et reconnu dans une ou plusieurs de ses communautés de vie comme tel. Pour exercer ses fonctions de repérage et d'orientation, notamment des personnes à risque suicidaire, la sentinelle est sensibilisée et accompagnée. Elle s'intègre dans le cadre d'un réseau formalisé, étroitement articulé avec l'offre de soins dans l'exercice de fonction de repérage.

R16. Il est préconisé de déployer les stratégies de renforcement du repérage en priorité (AE) :

- en milieu scolaire, en raison du caractère universel de l'accueil des enfants et adolescents ;
- dans les milieux où les enfants et les adolescents présentent un surrisque connu d'idées ou de conduites suicidaires, comme les structures relevant de l'Aide sociale à l'enfance, celles relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse ou de certains secteurs du handicap.

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

R17. Il est rappelé que 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. Aussi, la formation systématique de ces professionnels à l'évaluation et à la prise en charge de la crise suicidaire est recommandée (AE). Cette formation devrait intervenir à la fois dans le cadre de la formation initiale, mais aussi dans celui de la formation professionnelle continue.

R18. S'agissant des modalités d'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent, il est préconisé (AE) :

- d'y consacrer, chaque fois que possible, au moins un entretien avec l'enfant ou l'adolescent seul ;
- de compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- de compléter cet entretien par d'autres sources d'information dans le respect du secret médical (infirmier et/ou médecin scolaire, médecin généraliste, pédiatre, etc.) ;
- d'établir un contexte favorable : lieu adéquat, climat d'empathie, de non-jugement et de bienveillance, respect de la confidentialité ;
- d'adapter l'évaluation au niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent ;
- de prendre systématiquement en compte l'environnement de l'enfant et de l'adolescent, en particulier ses interactions avec sa famille et ses pairs ;
- de travailler l'évaluation avec l'entourage familial et pour l'enfant et l'adolescent concernés avec les référents socio-éducatifs, et en posant les bases de l'alliance thérapeutique ;
- chaque fois que nécessaire, de compléter l'évaluation initiale par d'autres entretiens différés dont le délai d'organisation doit être inversement proportionnel au niveau d'urgence et de vulnérabilité estimé.

R19. Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents (titulaires de l'autorité parentale ou son tuteur, le cas échéant) soient contactés, le clinicien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation conformément à l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique (cf. Annexe 1). Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le clinicien peut mettre en œuvre l'intervention nécessaire à sauvegarder sa santé ou sa sécurité. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

R20. Dans l'évaluation d'une crise suicidaire, il est proposé de distinguer (AE) :

- **l'urgence suicidaire**, qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. Son évaluation consiste à caractériser la crise suicidaire actuelle. Elle permet de régler les mesures de protection, de soins et d'accompagnement à diligenter dans l'aigu ;
- **la vulnérabilité suicidaire**, qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen ou le long terme. Son évaluation consiste à caractériser l'état psychique et développemental sous-jacent à la crise suicidaire actuelle. Elle permet de contextualiser et de pondérer l'évaluation de l'urgence suicidaire, et d'identifier des leviers d'action préventifs et thérapeutiques sur le court ou le moyen terme.

Il est rappelé que l'évaluation d'une crise suicidaire consiste en une démarche clinique intégrée. Cette démarche comprend (AE) :

- ➔ **R21.** L'évaluation de l'urgence suicidaire, intégrant :
 - l'appréciation du niveau de souffrance ou de douleur psychique ;
 - après une tentative de suicide : la critique du passage à l'acte et l'intention de répétition ;
 - la caractérisation des idées suicidaires : caractère actif ou passif, intensité, fréquence, durée, contrôlabilité ;
 - la recherche d'un scénario suicidaire (moyen, date et circonstances), le cas échéant, complétée par :
 - l'évaluation du degré d'élaboration du scénario : précision dans le choix du moyen envisagé, précision et proximité de la date, anticipation des circonstances, etc.,
 - l'évaluation de la dangerosité du scénario : disponibilité et létalité du moyen envisagé, vraisemblance du scénario ;
 - l'estimation du niveau d'intentionnalité suicidaire : velléité de passage à l'acte, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, projection dans l'avenir ;
 - la recherche de facteurs dissuasifs.

Il est recommandé de ne jamais sous-estimer l'urgence suicidaire.

- ➔ **R22.** L'évaluation de la vulnérabilité suicidaire, inférée par intégration des facteurs de risque et de protection présentés par la personne. Il est préconisé de procéder de façon stratégique à leur collecte, en s'appuyant sur les prédicteurs dont les éléments de preuve sont les plus robustes et les tailles d'effet les plus importantes.
 - Facteurs de risque :
 - les antécédents personnels de tentative de suicide ;
 - les antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide ;
 - l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance. Chez l'enfant, le clinicien sera particulièrement attentif à l'existence d'un trouble dépressif, d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou d'un trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) ;
 - l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance chez les parents ;
 - l'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;
 - certaines caractéristiques psycho-affectives et comportementales : impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement ;
 - le recours aux blessures auto-infligées ;
 - l'existence d'un harcèlement ;
 - les antécédents et contextes de maltraitance (négligences, violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, confrontation à la violence intrafamiliale) ;
 - les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance ;
 - la présence de difficultés d'ordre familial, notamment le défaut de cohésion familiale, la présence de conflits intrafamiliaux et les troubles relationnels parent-enfant.
 - Facteurs de protection :

- facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire ;
- soutien social ;
- spiritualité et croyances religieuses ;

l'ensemble des facteurs de risque et de protection cités sont identifiés sur la base de relations statistiques et ne présument en rien des mécanismes impliqués. Les précautions d'interprétation qui en découlent sont particulièrement importantes s'agissant de la spiritualité et des croyances religieuses dont la nature et les caractéristiques peuvent varier considérablement ;

- stratégies de *coping* : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire.

→ **R23.** L'appréciation de l'évolution de la crise suicidaire (durée, évolution de l'intensité des idées suicidaires, de facteurs précipitants, etc.).

→ **R24.** L'évaluation du niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent, en particulier s'agissant des capacités de régulation émotionnelle, de verbalisation et de représentation de la mort.

R25. L'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent procède d'une démarche clinique. Des outils validés d'évaluation standardisée comme la version française de la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* peuvent en guider la conduite, mais ne sauraient s'y substituer (AE). En d'autres termes, l'utilisation d'outils validés standardisés n'est ni indispensable, ni suffisante à l'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent.

5. Comment orienter ?

R26. Il est recommandé à chaque personne ayant repéré un enfant ou un adolescent susceptible de traverser une crise suicidaire de l'orienter dans les meilleurs délais vers un professionnel ou un dispositif capable de mener une évaluation et une prise en charge adaptée (AE) :

- en cas d'inquiétude quant à un passage à l'acte imminent ou après une tentative de suicide, vers un service d'urgence ;
- dans l'ensemble des autres situations, vers un dispositif ou un professionnel de santé dit « de première ligne ».

Proposition aux décideurs 2. Il est proposé que soient identifiés, au sein de chaque bassin de vie, des parcours clairs et lisibles d'évaluation, d'orientation et de prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires. Ces parcours devraient s'appuyer sur une coopération de l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs mobilisés, et être structurés en (AE) :

- **une première ligne, capable d'évaluer la crise suicidaire**, de mener une intervention circonscrite et, au besoin, d'assurer l'orientation de l'enfant ou de l'adolescent vers un dispositif de deuxième ligne. Relèvent par exemple de la première ligne le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin scolaire et l'infirmière scolaire ;
- **une deuxième ligne spécialisée, capable d'assurer le soin et l'accompagnement** des enfants et des adolescents suicidants ou suicidaires. Relèvent par exemple de la deuxième ligne les services hospitaliers spécialisés.

Il est à noter qu'en fonction des contextes territoriaux, peuvent relever à la fois de la première et de la deuxième ligne : certains professionnels, en particulier les psychologues, les pédopsychiatres et psychiatres libéraux spécialisés dans l'adolescence ; et certains dispositifs, notamment les centres médico-psychologiques, les centres médico-psycho-pédagogiques ou les maisons des adolescents.

R27. Par ailleurs, le numéro national de prévention du suicide (31 14) constitue une ressource structurante pour guider l'orientation des enfants et des adolescents suicidaires et suicidants (AE).

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

6.1. Cadre professionnel et relationnel

R28. Il est rappelé que la prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans les services d'urgence relève de la double responsabilité d'une part des urgentistes, et d'autre part des pédopsychiatres et des psychiatres. Il est préconisé par conséquent (AE) :

- un travail partenarial étroit et continu entre les équipes des urgences et les équipes de psychiatrie à chaque étape du séjour des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans le service d'urgence ;
- la formation de l'ensemble des professionnels des services d'urgence à l'accueil et à la prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires.

R29. Par ailleurs, dans la lignée de la conférence de consensus de l'Anaes de 1998, **il est recommandé que soit désigné, pour tout enfant ou adolescent suicidaire ou suicidant, un professionnel « référent »**, c'est-à-dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins personnalisés et soit garant de leur cohérence (AE).

R30. Il est recommandé de porter une attention particulière à l'accueil, à l'information, à la confidentialité et à l'accompagnement des familles à chaque étape du séjour des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans le service d'urgence (grade C).

6.2. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?

R31. Dans le contexte des urgences, il est rappelé que la décision d'hospitalisation ou de soins ambulatoires d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève d'un médecin dûment formé.

Celle-ci doit s'appuyer de façon intégrée sur différents critères (AE) :

- le niveau d'urgence et de vulnérabilité suicidaire ;
- l'âge de l'enfant ou de l'adolescent ;
- le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale ;
- les objectifs en termes de protection, d'évaluation, de soin, d'accompagnement et de maintien de la cohérence des parcours de soins (notamment en cas de tentatives de suicide multiples) ;
- la qualité de l'environnement et sa capacité à protéger l'enfant ou l'adolescent ;
- les ressources ambulatoires disponibles, leur structuration et leur réactivité ;
- pour les enfants et les adolescents suicidants, l'existence d'un risque somatique.

Il est rappelé que, dans les situations où le risque vital est engagé, la décision médicale d'hospitalisation peut être prise quel que soit l'avis de l'enfant ou de l'adolescent mineur. Si au moins un parent s'y oppose malgré les efforts du médecin pour le convaincre, la situation peut relever de la protection de l'enfance et peut justifier de la rédaction d'un signalement judiciaire au procureur de la République en vue d'une ordonnance de placement provisoire à l'hôpital (article R. 1112-35 du Code de la santé publique – cf. Annexe 1).

R32. Si une hospitalisation est décidée, le service d'adressage dépend de l'âge du patient et d'un éventuel risque somatique (AE) :

- pour les enfants, l'hospitalisation en pédiatrie avec une intervention de la pédopsychiatrie de liaison ou l'hospitalisation en pédopsychiatrie doivent être privilégiées ;
- pour les adolescents, l'hospitalisation dans des unités dédiées (pédiatrie, médecine ou psychiatrie de l'adolescent) doit être privilégiée. L'hospitalisation dans les unités psychiatriques pour adultes doit être évitée au maximum. Si elle était malgré tout nécessaire, une prise en charge spécifique devrait y être aménagée ;
- en cas de risque somatique, l'hospitalisation devrait systématiquement se faire dans un service de pédiatrie ou de médecine avec une intervention de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie de liaison.

R33. Si une prise en charge ambulatoire est décidée, il est préconisé (AE) :

- de demander à l'entourage à ce que l'ensemble des moyens létaux soient retirés ou mis hors de portée ;
- d'informer le patient et sa famille sur la conduite à tenir en cas d'aggravation de la crise suicidaire actuelle ou de nouvelle crise suicidaire ;
- d'informer le patient et sa famille sur l'effet désinhibiteur de l'alcool et des autres substances ;
- de veiller à ce qu'un RDV de suivi soit fixé dès avant la sortie des urgences ;
- pour les enfants et les adolescents suicidants, de procéder à une inclusion dans un dispositif de veille et de recontact et de remettre les cartes ressources correspondantes.

7. Prise en charge hospitalière

R34. La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents suicidants ou suicidaires doit permettre (AE) :

- de sécuriser l'enfant ou l'adolescent en prévenant le passage à l'acte ;
- d'apaiser la symptomatologie et les idées suicidaires ;
- de compléter l'évaluation psychiatrique et, le cas échéant, de prendre en charge les pathologies sous-jacentes ;
- de compléter l'évaluation somatique et, le cas échéant, de prendre en charge les conséquences physiques de la tentative de suicide ;
- de compléter l'évaluation sociale et, le cas échéant, de mettre en place les mesures d'accompagnement et de protection nécessaires ;
- de prendre contact avec les partenaires ;
- de renouer les liens et de restaurer la communication entre l'adolescent et son entourage, notamment les parents, ainsi que de développer le réseau de soutien social ;
- de débiter un travail psychothérapeutique individuel et familial ;
- d'initier un traitement psychotrope si nécessaire ;
- de préparer la sortie d'hospitalisation.

R35. Pour prévenir les passages à l'acte au cours de l'hospitalisation, il est recommandé (AE) :

- d'assurer une surveillance dont la fréquence est proportionnée au niveau d'urgence suicidaire selon des protocoles préétablis ; il est rappelé que cette surveillance relève d'une démarche de soin et doit rester conforme au cadre éthique et de bienveillance qui préside à l'hospitalisation ;
- de prendre des précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux (cf. Annexe 2) ;
- de prévoir des interventions spécifiques qui comprennent l'inventaire des chambres ou l'observation continue pour les patients dont l'urgence suicidaire est particulièrement élevée.

R36. Il est recommandé aux médecins de s'appuyer sur les critères suivants pour décider de la sortie d'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent suicidaire ou suicidant (AE) :

- l'amendement des idées suicidaires ou la réduction du niveau d'urgence ;
- la stabilisation de l'éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente ;
- l'organisation de la prise en charge post-hospitalière ;
- la disponibilité de l'environnement familial et sa capacité à protéger l'enfant ;
- le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale.

R37. Une fois que la sortie est décidée, il est préconisé (AE) :

- de vérifier que l'ensemble des moyens létaux sont retirés ou mis hors de portée ;
- d'informer le patient et sa famille sur la conduite à tenir en cas d'aggravation de la crise suicidaire actuelle ou de nouvelle crise suicidaire ;
- pour les enfants et les adolescents suicidants, de procéder à une inclusion dans un dispositif de veille et de recontact et de remettre les cartes ressources correspondantes ;
- de prendre contact avec le médecin de l'enfant ou de l'adolescent et les professionnels impliqués, avec l'accord des parents et de l'adolescent.

8. Plan de sécurité

Le plan de sécurité formalise de manière structurée un ensemble de pratiques reconnues comme pertinentes pour la prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent :

- identification des signaux d'alarme associés à une aggravation de la crise suicidaire ;
- renforcement des stratégies de *coping* ;
- sécurisation de l'environnement en limitant l'accès aux moyens de suicide ;
- mobilisation du réseau social de proximité ;
- renforcement de l'adhésion au suivi et mise à disposition de ressources en cas d'urgence.

Il s'agit d'une intervention souple (elle peut être mise en place par différents professionnels, dans différents cadres institutionnels et à différents temps de la crise suicidaire), de mise en œuvre relativement simple et dont l'efficacité est soutenue par des éléments de preuve congruents, en particulier chez l'adolescent suicidant.

R38. Par conséquent, **il est recommandé de recourir au plan de sécurité comme l'un des outils de prévention de la réitération suicidaire chez l'enfant ou l'adolescent** tout en rappelant que la construction d'un plan de sécurité nécessite une formation spécifique (grade C).

9. Accompagnement de moyen et long terme

R39. Il est recommandé que soient mis en place, pour chaque enfant et adolescent suicidant ou suicidaire, un accompagnement et des soins précoces, structurés et coordonnés. Cet accompagnement et ces soins doivent avoir pour objectifs :

- de prévenir la survenue ou la réitération de conduites suicidaires ;
- de prévenir ou de réduire les conséquences négatives des conduites suicidaires ;
- de réduire ou de prévenir d'autres comportements à risque ;
- de traiter la symptomatologie psychiatrique ;
- d'améliorer le fonctionnement social ou scolaire ;
- d'améliorer la communication et les interactions familiales ;
- d'améliorer la qualité de vie.

R40. L'accompagnement peut prendre la forme d'un soutien professionnel psychothérapeutique ou psycho-éducatif ou d'une psychothérapie formalisée relevant de la TCC, de la thérapie systémique ou de la thérapie psychodynamique (AE).

R41. Pour tout enfant ou adolescent suicidant ou suicidaire, il est recommandé un traitement systématique de tout trouble psychiatrique sous-jacent (grade C). Dans ce cadre, l'emploi des thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses devra répondre aux recommandations de bonnes pratiques correspondantes.

R42. En particulier, s'agissant du trouble dépressif, il est rappelé que la HAS recommande de ne pas prescrire en première intention un traitement antidépresseur. Le traitement antidépresseur ne peut se justifier qu'en cas :

- de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie ;
- de signe particulier de gravité empêchant tout travail relationnel, dans l'objectif d'obtenir une réduction symptomatique susceptible de permettre le travail psychothérapeutique et de réduire le risque de rechute/récidive.

La HAS recommande également d'associer au traitement antidépresseur une psychothérapie adaptée. En cas de prescription d'un traitement antidépresseur par un médecin généraliste ou un pédiatre, seule la fluoxétine est recommandée dans l'épisode dépressif de l'adolescent.

R43. Par ailleurs, il convient d'encourager le développement des travaux de recherche portant sur l'efficacité spécifique des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses sur la réduction des idées suicidaires et la prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent.

R44. Pour améliorer l'adhésion à l'accompagnement et aux soins proposés, les mesures suivantes sont recommandées (AE) :

- proposer des rendez-vous précis, d'autant plus rapprochés que l'urgence et/ou la vulnérabilité suicidaires sont élevées ;
- faire preuve de souplesse dans l'organisation des rendez-vous en cas de crise ;
- au besoin, rappeler à la famille et au patient les rendez-vous à venir ;
- contacter le patient et si besoin ses parents lorsqu'un rendez-vous est manqué ;
- porter une attention particulière à l'information du patient et de la famille, notamment en ce qui concerne l'organisation de l'accompagnement et des soins, de leurs objectifs et de leurs

modalités de mise en œuvre. Il est recommandé également de prendre en considération les attentes et les représentations du patient et de sa famille au sujet de l'accompagnement et des soins.

10. À la sortie d'un séjour hospitalier ou des urgences

R45. Pour chaque enfant ou adolescent sortant d'un séjour hospitalier ou des urgences après une tentative de suicide, il est préconisé :

- dans un souci de continuité des soins, dans le cadre règlementaire du secret médical partagé, et en concertation avec l'enfant/adolescent et son représentant légal, **d'adresser un courrier de sortie aux professionnels partenaires** qui assureront la suite de la prise en charge du patient (AE) ;
- **l'inclusion dans un dispositif de veille et de recontact adapté aux enfants et aux adolescents suicidants (grade B).**

R46. Par ailleurs, il convient d'encourager le développement de dispositifs de recherche-action visant à évaluer l'efficacité préventive de différentes solutions d'accompagnement post-hospitalier, depuis le suivi intensif jusqu'aux interventions de contact bref. L'objectif fixé est qu'à terme, les enfants et les adolescents suicidants puissent bénéficier d'une gamme d'accompagnement post-hospitalier qu'il soit possible de moduler en intensité et en durée en fonction des besoins des jeunes et de leurs familles (AE).

Table des annexes

Annexe 1.	Données juridiques	25
Annexe 2.	Précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux	26

Annexe 1. Données juridiques

Article L. 1111-5 du Code de la santé publique

« Par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

Article R. 1112-35 du Code de la santé publique

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. »

Annexe 2. Précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux

Les précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux sont les suivantes :

- verrouillage ou ouverture étroite des fenêtres ;
- restriction de l'accès aux objets dangereux tels que les substances toxiques, les objets tranchants ou les briquets ;
- attention particulière aux tuyaux, câbles, cordons et rideaux ;
- aménagements spécifiques tels que l'installation de pommes de douche lisses et de verrous permettant au personnel d'ouvrir les portes de l'extérieur.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues (AJPJA)*

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)*

Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (AFORTS)

Association de parents d'élèves de l'enseignement libre (APPEL)*

Association française pour la promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

Association nationale des assistants de service social (ANAS)

Association nationale des cadres du social (formation et conseil) (ANDESI)*

Association nationale des conseillers principaux d'éducation (ANCPE)*

Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)*

Association nationale des maisons d'enfants à caractère social (ANMECS)*

Association suicide et mal-être de l'adolescent (ASMA)*

Carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert (CNAEMO)*

Collège de la médecine générale (CMG)*

Collège infirmier français

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)*

Comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie

Comité national de liaison des acteurs de la prévention spécialisée (CNLAPS)*

Conseil national professionnel d'addictologie (Fédération française d'addictologie)*

Conseil national professionnel de psychiatrie*

Conseil national professionnel de médecine d'urgence (Collège français de médecine d'urgence)*

Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)*

Conseil national professionnel de pédiatrie* dont l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)* et la Société française de pédiatrie

Fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE)*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public (PEEP)*

Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)*

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)*

Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS)*

Ministère de l'Éducation nationale – direction générale de l'Enseignement scolaire

Ministère de la Justice - direction de la Protection judiciaire de la jeunesse*

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)*

Société française de psychologie (SFP)

Société française des médecins de l'Éducation nationale (SOFMEN)*

Syndicat national des médecins de la protection maternelle et infantile (SNMPMI)

Union nationale des associations autonomes de parents d'élèves (UNAAPE)*

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)*

Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)*

Union nationale des associations familiales (UNAF)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Dr Charles-Edouard Notredame, psychiatre - Président du groupe de travail, Lille

Dr Bojan Mirkovic, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Chargé de projet, Évreux

Dr Muriel Dhénain, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Laure Angladette, psychiatre, Bouffemont

Pr Philippe Binder, médecin généraliste, Lussant

Mme Armelle Boisivon, représentante des usagers, Paris

Pr Guillaume Bronsard, pédopsychiatre, Brest

M. Jean Michel Coq, psychologue, Mont-Saint-Aignan

Dr Yvon Dubois, pédopsychiatre, Marseille et Rousset

Dr Louise-Émilie Dumas, pédopsychiatre, Nice

Mme Pascale Durand, représentante des parents d'élèves, Paris

Dr Marc Fillatre, psychiatre, Tours

Mme Christine Focquenoy Simonnet, formatrice de conseillers principaux d'éducation, Villeneuve-d'Ascq

Pr Priscille Gerardin, pédopsychiatre, Rouen

Dr Fabienne Ligier, pédopsychiatre, Laxou

Dr Solène Loschi, pédiatre, urgence pédiatrique, Paris

Dr Frédérique Charasson, médecin de l'Éducation nationale, Versailles

M. François Pacaud, psychologue, Lille

Dr Georges Picherot, pédiatre, Nantes

Pr Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre, Montpellier

M. Mickaël Roman, directeur de maison d'enfants à caractère social, Marseille

Mme Chantal Roussy, représentante des usagers, Paris

Dr Catherine Salinier-Rolland, pédiatre, Gradignan

Dr Gérard Shadili, pédopsychiatre, Paris

Dr David Soffer, psychiatre, Marseille

Groupe de lecture

Pr Christian Baudelot, sociologue, Paris

Dr Xavier Benarous, pédopsychiatre, Amiens

Dr Maurice Bensoussan, psychiatre, Colomiers

Dr Sylvain Berdah, pédopsychiatre, Paris

Mme Émilie Berdin, éducatrice à la protection judiciaire de la jeunesse, Guéret

Mme Pauline Blum, postdoctorante en sociologie, Paris

M. Emmanuel Breton, directeur de maison d'enfants à caractère social, Marolles-en-Hurepoix

Dr Hélène Buchoul, psychiatre, Nantes

Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, Paris

Dr Catherine Chollets-Fouks, pédopsychiatre, Toulouse

Dr Nathalie de Kernier, psychologue, Paris

Mme Sabrina de Luca, représentante des parents d'élèves, Paris

Dr Alice Deschenau, psychiatre, Villejuif

Pr Philippe Duverger, pédopsychiatre, Angers

Dr Marielle Fischer-Janny, pédopsychiatre, Nancy

Dr Hélène Fitzgerald, médecin retraitée, Rueil-Malmaison

Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers

Dr Marc Grohens, psychiatre, Corbeil-Essonnes

Pr Fabian Guenolé, pédopsychiatre, Caen

Pr Jean-Marc Guile, pédopsychiatre, Amiens

Dr Julie Halimi, pédopsychiatre, Bayonne

Dr Nicole Hastier-Gouin, pédiatre, Le Havre

M. Loik Jousni, psychologue, Brest

Dr Catherine Lacour-Gonay, pédopsychiatre, Marne-la-Vallée

Dr Camille Lepine, médecin généraliste, Strasbourg

Dr Sophie Mailloux, médecin généraliste, Thou

Dr Nassir Messaadi, médecin généraliste, Lille

Dr Marie Moreliere, médecin généraliste, Meulan

Mme Margot Morgieue, sociologue, Lille

Dr Thierry Paruzynski, médecin de l'Éducation nationale, Jarny

Dr Jérôme Pradere, pédopsychiatre, Argenteuil

Mme Marie-Jeanne Richard, représentante d'usagers

M. Patrick Salaün, représentant des parents d'élèves

Pr Monique Seguin, chercheuse psychologie et psycho-éducation, Gatineau (Québec)

Pr Chantal Stheneur, pédiatre, Varennes-Jarcy

Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen

Pr Sylvie Tordjman, pédopsychiatre, Rennes

Pr Guillaume Vaiva, psychiatre, Lille

Dr Andreas Werner, pédiatre, Villeneuve-lès-Avignon

Mme Julie Woerlé, éducatrice spécialisée, Kourou

Dr Elie Winter, psychiatre, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

