

SYNTHESE

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

Urgences

Validée par le Collège le 9 septembre 2021

L'essentiel

- Les idées suicidaires de l'enfant ou de l'adolescent ne doivent pas être banalisées.
- Le repérage des enfants et des adolescents suicidaires admis aux urgences repose sur la recherche directe d'idées suicidaires auprès du patient et/ou sur l'utilisation du BITS pour en faciliter l'approche.
- Parler du suicide n'induit pas d'idée suicidaire et n'incite pas au passage à l'acte.
- L'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent repose sur l'estimation du niveau d'urgence et de vulnérabilité.
- 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.
- La décision d'hospitalisation ou de soins ambulatoires d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève de la décision d'un médecin formé.
- 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.
- Un courrier de sortie est adressé aux professionnels partenaires qui assureront la suite de la prise en charge du patient, dans le cadre réglementaire du secret médical partagé, et en concertation avec l'enfant/adolescent et son représentant légal.
- Inclure l'enfant ou l'adolescent suicidant dans un dispositif de veille et de recontact adapté.

Repérer les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire

Stratégies de repérage

Pour mieux repérer les enfants et adolescents à risque de conduites suicidaires :

- Lors des admissions aux urgences pour des difficultés en lien avec la santé mentale, ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de l'entretien, interroger systématiquement l'enfant ou l'adolescent sur l'existence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes. Au besoin des outils comme la ASQ peuvent être utilisés (voir encadré ci-dessous).
- Pour toutes autres causes d'admissions aux urgences d'enfants et d'adolescents, employer le *Bullying Insomnia Tobacco Stress* (BITS) (Tableau 1), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans, pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes.
- 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 la ASQ dont les questions sont listées dans l'encadré ci-dessus.

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 maltraitements à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitements en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infra-quotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Questionnaire 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 ?

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :

5. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

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. Être clair et explicite lorsque la question est abordée.

Cadre professionnel et relationnel

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 :

- 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.

Par ailleurs, 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 la cohérence du parcours.

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.

Évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent

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

- Consacrer, chaque fois que possible, au moins un entretien avec l'enfant ou l'adolescent seul ;
- Compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- Compléter cet entretien par d'autres sources d'information dans le respect du secret médical (infirmier et/ou médecin scolaire, médecin généraliste, pédiatre, etc.) ;
- Établir un contexte favorable : lieu adéquat, climat d'empathie, de non-jugement et de bienveillance, respect de la confidentialité ;
- Adapter l'évaluation au niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Prendre systématiquement en compte l'environnement de l'enfant et de l'adolescent, en particulier ses interactions avec sa famille et ses pairs ;
- 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, 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.

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 L1111-5 du code de la santé publique. 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, notamment en termes d'orientation et de mise à l'abri. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Dans l'évaluation d'une crise suicidaire, il est proposé de distinguer :

- L'urgence suicidaire qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme.
- La vulnérabilité suicidaire qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme.

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.

Evaluation d'une crise suicidaire

→ L'évaluation de l'urgence suicidaire :

- 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 réitération ;
- 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, complété 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.

→ L'évaluation de la vulnérabilité suicidaire, inférée par intégration des facteurs de risque et de protection présentés par la personne.

- Facteurs de risque :
 - Les antécédents personnels de tentative de suicide et le recours aux blessures auto-infligées ;
 - Les antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide et de troubles de santé mentale ;

L'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance (notamment alcool et autres substances psychoactives) et certaines caractéristiques psychoaffectives et comportementales (impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement) ;

- L'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;
- Difficultés d'ordre familial (notamment le défaut de cohésion familiale, la présence de troubles relationnels parent-enfant, de conflits intrafamiliaux, de maltraitance par négligences ou violences) ;
- L'existence d'un harcèlement par les pairs ;
- Toutes autres violences subies psychologiques, physiques, sexuelles ;
- Les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'ASE ;
- 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 ;
 - Stratégies de coping : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire ;
- Appréciation de l'évolution de la crise suicidaire (durée, évolution de l'intensité des idées suicidaires, existence de facteurs précipitants, etc...) ;

- 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.

Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?

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 de la décision d'un médecin formé.

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

- 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 soin (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.

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

- Pour les enfants, l'hospitalisation en pédiatrie avec 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 intervention de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie de liaison.

Si une prise en charge ambulatoire est décidée, il est préconisé :

- 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.

À la sortie des urgences

Pour chaque enfant ou adolescents sortant d'un séjour aux urgences après une tentative de suicide même en l'absence d'hospitalisation, il est préconisé :

- Dans un souci de continuité des soins, dans le cadre réglementaire 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 ;
- L'inclusion dans un dispositif de veille et de recontact adapté aux enfants et aux adolescents suicidants.