

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Projet : GL Tentative de suicide

Questionnaire : Tentatives de suicide

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Taux de participation : 67.79%

CR réalisé à partir des réponses de type :

Organisme :

Spécialité : Aucun

Fonction : Aucun

Profession : Aucun

Statut : Aucun

Expert	Date de validation
Expert 1	31/03/2021
Expert 2	02/04/2021
Expert 3	01/04/2021
Expert 4	01/04/2021
Expert 5	31/03/2021
Expert 6	31/03/2021
Expert 7	01/04/2021
Expert 8	26/03/2021
Expert 9	30/03/2021
Expert 10	01/04/2021
Expert 11	29/03/2021
Expert 12	01/04/2021
Expert 13	01/04/2021
Expert 14	02/04/2021
Expert 15	30/03/2021
Expert 16	02/04/2021
Expert 17	30/03/2021
Expert 18	16/03/2021
Expert 19	01/04/2021
Expert 20	02/04/2021

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 21	30/03/2021
Expert 22	01/04/2021
Expert 23	28/03/2021
Expert 24	01/04/2021
Expert 25	31/03/2021
Expert 26	01/04/2021
Expert 27	28/03/2021
Expert 28	02/04/2021
Expert 29	29/03/2021
Expert 30	25/03/2021
Expert 31	02/04/2021
Expert 32	18/03/2021
Expert 33	02/04/2021
Expert 34	29/03/2021
Expert 35	26/03/2021
Expert 36	02/04/2021
Expert 37	27/03/2021
Expert 38	30/03/2021
Expert 39	02/04/2021
Expert 40	02/04/2021

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

1. Définitions

Proposition 1

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)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	1	1	1	8	6	19	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	5.00	0.00	2.50	2.50	2.50	2.50	20.00	15.00	47.50	2.50

Expert	Commentaires
Expert 1	Cette question paraît surtout concerner l'adolescence aux bornes plus floues. Des repères portant une référence à des similitudes avec la problématique du jeune adulte auraient pu être ajoutés
Expert 10	"sont définies de façon complexe par des critères biologiques, PSYCHOLOGIQUES, sociaux et culturels"
Expert 15	Je comprends mal les arguments des auteurs mais cela me semble illusoire de

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	penser qu'on peut ne pas fixer de limites d'âges même si elles sont toujours arbitraires. Pour être cohérent avec les parcours de soins et l'organisation des structures qui accueillent ces jeunes, je propose - enfant 6-12 - ado 12-18 - jeune adulte 18-25
Expert 16	l'approche développementale de l'adolescence est intéressante, toutefois, en pratique, il est certain qu'on ne peut pas intervenir selon un même protocole auprès d'un enfant de 10 qui tenterait de se suicider, qu'auprès d'un adolescent, pré-adulte de 17/18/19 ans.
Expert 17	Je suis d'accord avec l'idée qu'il n'est pas pertinent de définir l'adolescence exclusivement à partir de bornes d'âge. Je prendrais davantage mes distances vis-à-vis de l'idée de la définir exclusivement à l'aune de l'approche développementale. Pour ne prendre qu'un exemple, il me semble problématique de faire coïncider les stades d'entrée dans la puberté et les stades d'entrée dans l'adolescence, d'envisager une manière biologique d'être un enfant ou un adolescent, commune à tous. Cette approche réduit selon moi l'intervention du social notamment parce qu'elle se préoccupe trop peu des différences entre enfants et entre adolescents. Elle ne tient pas compte des effets de l'inscription sociale et du parcours de vie sur leurs pratiques, expériences et perceptions. L'âge, l'origine sociale et migratoire, le genre s'entrecroisent et façonnent leurs positions sociales. Faut-il nécessairement privilégier une approche pour définir l'adolescence? N'est-il pas possible d'envisager plusieurs manières de la définir: - par les bornes d'âge et leur diversité - par les stades développementaux - par les pratiques - par les scansion scolaires
Expert 18	est il envisageable néanmoins de fixer un plafond d'age à 25 ans ?
Expert 20	En accord avec la préconisation . Toutefois la définition de l'adolescence sur des critères biologiques , sociaux et culturels me semble trop réductrice. Le développement psycho affectif présente des spécificités et des dynamiques propres à l'enfance et à l'adolescence qui devraient être mentionnées .
Expert 24	Il semble important, sans donner de bornes, de pouvoir donner quelques repères développementaux de maturité psycho-affectifs à ce moment de l'argumentaire sur la notion de mort, d'irréversibilité.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	Cela semble d'autant plus important que l'ensemble de l'argumentaire a une certaine faiblesse à distinguer ce qui relève de la problématique adolescente, de celle des enfants qui est tout à fait différente (je vais préciser ce propos tout au long du questionnaire). Il est peut être utile de préciser dès le début que chez des enfants les idées suicidaires, les TS relèvent de l'urgence absolue.
Expert 26	Il faut cependant dire que les dispositifs de soins spécialisés en psychiatrie comportent une segmentation sur des critères d'âge civil. La recommandation paraît essentiellement théorique et ne permet pas de saisir ce qu'est l'approche développementale (il ne faut pas oublier que les recommandations s'adressent entre autres à des non-spécialistes de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent). Autre point : dans la mesure où il est pris le parti de ne pas distinguer clairement les tranches d'âges, il me semble que les recommandations valent aussi pour le jeune adulte, ce qui n'était pas prévu dans la note de cadrage mais mériterait peut-être d'être écrit néanmoins, voire écrit dans le titre des recommandations.
Expert 27	selon les âges, les facteurs de risque prédominants diffèrent avec des registres d'intervention à privilégier distincts: pour les jeunes enfants, l'environnement parental, pour les préado ou collégiens, l'environnement scolaire...
Expert 34	Médicalement et en France, la pédiatrie touche une amplitude d'âge de 0 à 18 ans, mais l'adolescence correspond à une amplitude d'âge de 10 ans à 24/25 ans (UNICEF, L'adolescence, une étape importante, 2002). L'amplitude d'âge est variable en fonction de l'autonomie et de la conceptualisation de notions abstraites. L'âge biologique est un des critères à prendre en considération, mais à âge identique l'approche doit tenir compte de différents facteurs socio-culturels-économiques
Expert 35	Pour cela il faut s'assurer que les acteurs impliqués soient capables d'évaluer le développement d'un enfant/adolescent. Des repères physiologiques pourraient être donnés (en particulier développement pubertaire)
Expert 37	Oui sur l'intention, j'approuve. mais comment recommander de ne pas hospitaliser en service d'adultes (>16 ans) si on ne borne aucun âge ? Peut-être citer des âges indicatifs ?
Expert 39	Je trouve que la dernière phrase manque de clarté. L'argumentaire m'a permis de comprendre ce qu'est l'approche développementale mais sans cette lecture je ne l'aurais pas comprise car je ne suis pas suffisamment informée de l'évolution des théories permettant la compréhension du processus suicidaires et ses déterminants.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 2

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.

Processus suicidaire : catégorie recouvrant l'ensemble du spectre allant des idées suicidaires au suicide, en passant par les tentatives de suicide et l'ensemble comportements préparatoires au passage à l'acte.

Comportement 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.

Automutilation ou comportement auto-vulnérant : comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, pour lequel 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.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	3	3	1	3	9	19	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	7.50	7.50	2.50	7.50	22.50	47.50	2.50

Expert	Commentaires
Expert 2	A la rubrique "comportement suicidaire", je rajouterais à la fin de la phrase: "Certaines conduites dangereuses ont une valeur de conduite suicidaire inconsciente"
Expert 4	Tout à fait d'accord avec les définitions proposées. Cependant, il est dommage, pour la lisibilité des recommandations de ne pas définir la crise suicidaire. D'autant qu'il en est question tout au long du texte voire que la crise suicidaire constitue l'intitulé de certains chapitres (chapitre 8). D'autre part, il est étonnant que le terme de scarification ne soit pas cité alors qu'il est employé de façon quotidienne par l'ensemble des praticiens.
Expert 5	Selon Walsh (2005), les automutilations sont des conduites intentionnelles, auto-effectuées, à faible atteinte vitale corporelle, d'une nature socialement inacceptable et réalisées afin de réduire une détresse psychologique.
Expert 7	Cet item est d'importance primordiale et impose un consensus au sein du GL. La référence est celui de l'équipe de Columbia (Posner, Stanley et al.) comme le mentionne le(s) auteur(s). Je propose d'ailleurs que les recommandations mentionnent d'emblée les correspondances dans les autres langues, au moins l'anglais. idée, TS et suicide = OK processus et comportement=désaccord car 1° ceci efface la notion primordiale à faire passer qui celle de "CRISE SUICIDAIRE" qui effectivement plus que chez l'adulte peut s'étaler sur plusieurs heures/jours et l'intensité suicidaire s'exprimer de manière fluctuante en raison de la versatilité émotionnelle plus prononcée chez l'enfant/adolescent. Aussi l'intentionnalité est à évaluer sur le continuum de la crise et non pas seulement au moment du geste auto-agressif. 2° la notion de "comportement" traduction de l'anglais "behavior" est à éviter. Le concept présenté dans les recommandations se confond avec celui de "conduites suicidaires" beaucoup plus acquis dans notre communauté, qui sert de titre à

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	cette section dans l'argumentaire et de façon pertinente rapproche dans un même ensemble plus large idées et TS. Processus est une notion physio ou psychopatho, pas clinique. Elle peut s'utiliser dans un article pas dans l'évaluation clinique. Donc , je suis en désaccord avec "processus et comportement"; suicidaire, suicidant=OK réitération: pourquoi écarter le mot "récidive"? automutilation doit être précisé à l'instar du terme " NSSI" = automutilation non-suicidaire. Ceci permet pour la recherche documentaire, l'enseignement et la recherche d'utiliser les mêmes termes. enfin, un terme est manquant: "VERBALISATIONS SUICIDAIRES" qui est l'expression d'idées suicidaires. Ceci est très utile pour la clinique et évite d'utiliser le terme "menaces" qui a une autre définition (propos suicidaires sans intention de mourir avec une intention explicite ou implicite de susciter une réaction de son interlocuteur). je comprends que pour des raisons didactiques, on mette l'accent sur éviter d'utiliser le terme menace. enfin, un autre terme doit apparaître dans la liste de ceux à éviter= idées noires. compte tenu de l'importance fondamentale de cet item, je souhaiterai être reconsulté sur cet item en cas de désaccord avec d'autres collègues du GL. Une visio pourrait être proposée si besoin.
Expert 12	Pourquoi ne pas retenir la notion de violence autodirigée avec intention indéterminée
Expert 15	Je ne comprends pas les précautions liées à l'usage du terme récidive suicidaire. Les notions de récidive et de rechute font partis du langage médical habituel (ex: oncologie). Il existe un risque que les recommandations soient moins facilement acceptées, si elles semblent déconnecter des pratiques. Je ne comprends pas pourquoi le terme de crise suicidaire n'est pas défini. J'utiliserai plutôt le terme de "conduite suicidaire" pour "suicidal behavior" plutôt que "comportement suicidaire" moins utilisé en Français La notion d'intentionnalité est floue mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer de la définir et encore moins de l'utilisé. Si on évacue cette dimension, comment va t'on différencier les CS avec l'abus de drogue, les problèmes d'observance, les conduites à risque (c'est dire 80% des cx de psy de l'ado)
Expert 16	Si encore une fois en théorie, la notion d'intention est complexe, en pratique clinique mais également juridique. Toutefois, il me semble que les jeunes concernés savent répondre à la question de leur intentionnalité : "je voulais mourir", "je voulais disparaître". Etre à l'écoute des propos des personnes concernées vaut mieux que mille théories. Servons nous de cela pour ensuite aller chercher ce qui se cache derrière leurs mots (maux) En revanche, le terme "potentiellement" me dérange. Toute tentative de suicide ou

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	ne serait-ce qu'avoir des idées suicidaires est, à mon sens, préjudiciable pour l'équilibre de l'enfant.
Expert 17	Les définitions proposées font, dans bon nombre de cas, le choix de maintenir l'intentionnalité comme élément de définition alors même que cet élément est mis en discussion et ce à juste titre, dans le rapport. A la fin du 19e siècle, E. Durkheim dans son ouvrage Le Suicide débat déjà de cette question. Alors que son objet est le taux de suicide et non le suicide comme drame individuel, il prend soin de définir le suicide. Il considère que l'intentionnalité n'est pas un critère à prendre en compte car trop difficile à distinguer, à observer. Il dit qu'à l'inverse, il est possible de distinguer les personnes qui savent de celles qui ne savent pas que leurs comportements, actes vont donner la mort. E. Durkheim donne finalement cette définition du suicide: "On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la personne elle-même et qu'elle savait produire ce résultat." Par positif, il entend se pendre par exemple / par négatif: ne plus manger.
Expert 18	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 à rajouter) comportements préparatoires au passage à l'acte. comportement auto-vulnérant à mettre en gras
Expert 19	pour processus et comportement suicidaire : REMPLACER "préparatoire" par "préalable" par exemple Préparatoire sous-tend la notion de geste préparé, prémédité... ce qui n'est pas le cas de toutes les tentatives de suicide
Expert 23	un point en question dans les deux définitions de tentatives de suicide et de suicide sur les termes uniques d'"intention de mourir". l'argumentaire du groupe d'experts fait état de l'aspect complexe de l'intentionnalité : "sa réduction dichotomique est conforme à la pragmatique classificatoire mais expose au risque de simplifications ou de généralisations trompeuses, susceptibles de conduire à l'abaissement du niveau de vigilance des cliniciens". S'agissant d'un public avec lequel des professionnels non spécialisés peuvent tendre à minimiser les risques, cette définition risque d'exclure de l'application des recommandations certains jeunes qui exprimeront de leur intentionnalité en termes d'arrêt d'une situation, d'un état émotionnel, d'une souffrance psychique ou physique sans aller jusqu'à penser pleinement la conséquence mortelle. peut-être est-il important de définir ce qui est ici retenu comme étant "une intention de mourir" ou d'ajouter un complément à la définition de suicide.
Expert 24	Deux termes ne sont pas définis et apparaissent tout au long de l'argumentaire:

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	-crise suicidaire -conduites suicidaires
Expert 26	Ces clarifications sémantiques paraissent utiles et bien pensées. Elles peuvent néanmoins être discutées (par exemple la notion d'idées suicidaire passive, car le suicide est phénoménologiquement un acte, potentiel ou concret; la notion de processus suicidaire est également discutable, car le terme "processus" sous-entend une idée de développement, plus ou moins déterminé ; "automutilation" fait également débat, car la mutilation suppose l'abolition d'une fonction, de plus la définition donnée ici ne précise pas s'il s'agit d'un comportement préjudiciable physiquement ou à d'autres titres). Je m'interroge sur la nécessité de cette recommandation, qui ne répond pas véritablement à une question posée par la note de cadrage, et dont le contenu pourrait d'après moi simplement figurer dans le document au titre des généralités.
Expert 27	Idée suicidaire : Pensée tournant autour du souhait de mourir Passive : sans envisager de se suicider Active : en envisageant le suicide Il manque : équivalents suicidaires: comportement qui par sa nature met en paril la vie du sujet ou son intégrité physique (Cyruhnick, Bougrab, secretariat d'Etat de la Jeunesse et de la vie associative, 2011) Conduite suicidaire Crise suicidaire
Expert 29	1) Je suis réservé sur la réduction des définitions associant l'idée ou la tentative de suicide à l'"intention de mourir" : quid des intentions très fréquemment verbalisées par les personnes concernées de "ne plus être là", de "partir", de "ne plus souffrir", de "ne plus penser",... non assimilables à la seule intention de mourir 2) Je préfère "blessures auto-infligées" à "comportement auto-vulnérant, beaucoup moins clair 3)"Automutilation" et "blessures auto-infligées" ne se recouvrent pas, à mon sens
Expert 30	Je trouve qu'il est dommage que le terme de "mal-être" n'apparaisse pas. Il apparait régulièrement dans la littérature francophone.
Expert 34	Tentative: démarche volontaire, essai, esquisse, test.(Le Larousse) La tentative est de fait un acte test, voir LE test aux diverses conséquences.
Expert 36	Dans la définition de l'idée suicidaire, merci de remplacer "fait de penser à mourir" par "idée de mort". Par ailleurs, Il est important de rajouter, après avoir distingué "idée suicidaire

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	passive" de "idée suicidaire active" la phrase suivante afin d'éviter de "pathologiser" toute idée suicidaire : L'idée suicidaire est fréquemment retrouvée dans le développement typique de l'adolescent et de l'enfant (Klimes-Dougan et al., 2007 ; Kovess-Masfety et al., 2015); mais elle relève du champ de la santé mentale lorsqu'elle est associée à des facteurs de risque suicidaire décrits plus loin (comme par exemple, une impulsivité, des problèmes de communication et de conflit intrafamiliaux, un isolement social, un scénario suicidaire, des comorbidités psychiatriques, etc.) (Reyes-Portillo et al., 2019).
Expert 37	Automutilations toujours délicates...
Expert 39	Les définitions sont courtes, claires et parlantes sauf celle de l'automutilation rendue complexe par l'ajout de "comportement auto-vulnérant"
Expert 40	Les termes : suicidé, suicidaire et suicidant, indiquent bien un état, mais malheureusement sont souvent utilisés pour désigner une personne (ex. : le suicidé, la suicidante, ȷ). Les recommandations des organismes nationaux ou de prévention suggèrent dȷéviter de définir une personne par ses idées suicidaires ou la réduire à un diagnostic : puisquȷelle est bien plus que cela. Voir document de CAMH joint. On suggère alors de dire une personne décédée à la suite dȷun suicide, une personne ayant des idées suicidaires, etc.

Proposition 3

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, commettre un suicide ou une tentative de suicide, récurrence suicidaire, idée noire. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	3	4	1	10	18	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	5.00	0.00	0.00	0.00	7.50	10.00	2.50	25.00	45.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 7	cf supra pour cet item
Expert 8	Récidive suicidaire est fréquemment employée même si je comprends tout l'intérêt de lui préférer réitération
Expert 15	Je ne comprends pas pour récidive suicidaire. Je suis d'accord pour suicide échoué ou réussi.
Expert 16	Autant pour 2 catégories, cela me semble tout à fait adapté : tentative ratée ou suicide réussi. Autant pour d'autres termes, je pense qu'il est important de nommer les choses sans chercher à "tourner autour du pot", les jeunes ont besoin d'entendre que nous avons compris et qu'on ne minimise pas. Une TS est une TS quoi qu'on puisse en dire. Les jeunes eux-mêmes peuvent parler d'idées noires, d'envie suicidaire. L'adolescent est par essence brut, ne cherchons pas à tout enrober, le risque étant de s'éloigner de la réalité de l'enfant et de l'adolescent par peur de nommer les choses.
Expert 17	Dans la lignée de cette recommandation, je souligne ici quelques problèmes posés par ces notions. - suicide accompli ou réussi: pléonasme ? - Tentative de suicide ratée: cette notion sous-entend qu'il y a nécessairement intention de mort mais aussi l'idée d'échec - qui pose éminemment problème. - parasuicide: je ne comprends pas la différence avec tentative de suicide. - commettre un suicide ou une tentative de suicide: suppose l'accomplissement d'un acte pleinement conscient?
Expert 19	Tout à fait d'accord, mais mettre dans la recommandation les termes en questions encadrés de guillemets : exemple tentative de suicide "ratée" "chantage" au suicide
Expert 25	Lorsqu'on s'adresse à des enfants, il me semble préférable d'employer le terme "idées noires" plutôt qu'idées suicidaires, même si cela est plus vague ou imprécis. Tout dépend du public auquel on s'adresse, mais de même, tentative de suicide fait partie du langage courant et plus compréhensible par les familles,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	quitte à l'expliciter dans un deuxième temps.
Expert 26	Là aussi on ne peut que souscrire globalement aux recommandations énoncées. J'ai cependant plusieurs points de désaccords : - le terme "récidive" est un terme d'origine médicale et je ne vois pas pour quelle raison recommander qu'il ne soit pas utilisé (d'après le dictionnaire Littré, le premier sens de récidive est : "Réapparition d'une maladie après le rétablissement complet de la santé, au bout d'un laps de temps indéfini qui quelquefois se compte par années") - je pense qu'idée noire qualifie mal des pensées suicidaires "actives", mais peut bien correspondre en pratique à des idées de mort (par exemple dans le cadre d'état dépressifs). Plus globalement, bien que son contenu soit juste, la façon dont la recommandation est écrite me semble revêtir un ton péremptoire mal venu. Je reformulerais plutôt quelque chose comme : "Compte tenu de leur caractère imprécis, voire trompeur, ou potentiellement stigmatisant, il est recommandé d'éviter l'utilisation des termes ...). Nous savons que les productions de la HAS sont souvent critiquées pour leur caractère jugé autoritaire et il ne faut pas prêter le flanc au reproche de vouloir faire en plus la police dans le vocabulaire.
Expert 29	1) D'accord pour "suicide accompli ou réussi, tentative de suicide ratée, autolyse, parasuicide, chantage au suicide" 2) plus perplexe sur "menace suicidaire, commettre un suicide ou une tentative de suicide"
Expert 32	ok pour tous les termes sauf récidive suicidaire. Je ne sais pas si c'est le terme récidive qui a été relevé par les auteurs (probablement car le terme choisi est plutôt celui de répétition). La récidive est un terme commun en médecine tant du côté du soignant que du patient (récidive du cancer par exemple). Je ne le trouve pas stigmatisant et peut être assez parlant pour le patient. Récidive = vous êtes dans qqch que vous avez déjà connu et combattue. On va voir ce qui peut être fait pour traiter ce nouvel événement. En pratique, il peut m'arriver de me servir justement des épisodes précédent pour faire avancer mes patients sur une "récidive" sans que cela ne soit utilisé ni perçu de manière péjorative. Bien au contraire.
Expert 34	L'information doit être connue sur tous ces items. Le langage "populaire" doit être connu de tous. A titre d'exemple les jeux dans les cours de récréation comme le : t'es "cap ou pas cap"; ou celui dit "jeu du foulard (de l'étranglement)". On peut donc y inclure: t'es pas cap de se suicider. Sources: https://eduscol.education.fr/1016/prevenir-les-jeux-dangereux-et-les-pratiques-viol

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	entes-l-ecole Association APEAS
Expert 37	bof pour idées noires, c'est dans le langage courant de la population. Il faut savoir parfois dans un premier temps "parler le langage du patient et de son groupe" +++ OK pour le reste
Expert 39	Je ne connais pas certains termes comme "parasuicide". Certaines expressions sont juteuses.
Expert 40	Les termes : suicidé, suicidaire et suicidant, indiquent bien un état, mais malheureusement sont souvent utilisés pour désigner une personne (ex. : le suicidé, la suicidante, etc.). Les recommandations des organismes nationaux ou de prévention suggèrent d'éviter de définir une personne par ses idées suicidaires ou la réduire à un diagnostic : puisqu'elle est bien plus que cela. Voir document de CAMH joint. On suggère alors de dire une personne décédée à la suite d'un suicide, une personne ayant des idées suicidaires, etc.

Proposition 4

Enfin, il est préconisé de réserver la notion de suicidalité aux articles scientifiques dans lesquels elle peut être et devrait systématiquement être spécifiée. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	2	3	0	4	6	16	6

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	0.00	5.00	5.00	7.50	0.00	10.00	15.00	40.00	15.00

Expert	Commentaires
Expert 2	terme imprécis et polysémique
Expert 7	OUI mais je formulerais :et doit être systématiquement définie
Expert 12	La notion de suicidait a sa pertinence en tant qu'elle augmente sous antidépresseurs (TS + self harm + comportements hostiles etc.)
Expert 16	En effet, je pense que ce terme revêt beaucoup trop de sens possible pour qu'il puisse être utilisé dans le quotidien professionnel.
Expert 17	Je ne comprends pas bien cette notion car elle n'est pas définie dans l'argumentaire. Je suis donc ici vos avis.
Expert 26	Est-il vraiment justifié de faire de cela une recommandation à part ? Cela pourrait facilement être intégré à la précédente. Il faut noter également que la recommandation ainsi formulée est incompréhensible pour un non spécialiste.
Expert 27	Chez le jeune enfant, la limite est floue entre accident, conduite à risque et acte suicidaire; le concept de suicidalité est alors intéressant à considérer comme un continuum que sous-tend une même dynamique psychique. La suicidalité est définie par le ReMed (Réseau de soutien pour médecin) comme une «fatigue de vivre», un état psychique dans lequel toutes les pensées, idées, impulsions et actions sont dirigées de manière ciblée sur sa propre mort, se développant dans le cadre d'un processus régulier qui s'étend sur une longue période. Le Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine parle de propension au suicide chez les sujets déprimés, qui touche en particulier les individus avant 25 ans et après 65 ans. Selon la stratégie nationale de prévention du suicide, en 2011, la suicidalité est un terme qui inclut pensées suicidaires, idéations, plans, tentatives de suicide et suicide accompli. Selon C.R. Pfeffer, elle concerne toutes les pensées et/ou actions qui si exécutées, peuvent mener à des sérieuses blessures ou à la mort(Gothelf et al. 1998). Aussi, je préfère cette terminologie de suicidalité à celle de «conduites suicidaires» ou de «comportements suicidaires» qui ne prennent pas en compte les idées suicidaires. Mais également car, alors que les termes de «suicide, tentative de suicide ou idées suicidaires» sous-tendent une intentionnalité suicidaire, excluant ainsi les «équivalents suicidaires» (définis comme des situations intermédiaires entre les tentatives de

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	suicide avec intentionnalité évidente et déclarée et des accidents fortuits et regrettés par la suite) ou les «accidents à répétition» (définis comme des accidents suffisamment graves pour attirer l'attention d'un médecin au moins trois fois par an), la notion de «suicidalité» englobe toutes les manifestations auto agressives comportementales ou cognitives. Tout signe de suicidalité s'avère suffisamment sérieux et doit interpeller quiconque à lui porter une attention immédiate. A cet égard, une échelle des niveaux de suicidalité peut être un instrument de mesure ponctuelle fort utile, mais en prenant garde à ne pas la lire comme un continuum dynamique où un suicidaire passerait invariablement d'une étape à une autre. Voici donc un profil des niveaux de suicidalité: Idée suicidaire : Représentation fugace Rumination: Représentation tenace sans intentionnalité Plan : Scénario avec ou sans intentionnalité Geste: Acte autodestructeur, inefficace, incomplet Tentative : Scénario mis en acte Suicide : Acte Autodestructeur, efficace, complet, léthal
Expert 32	ok sur le fait de ne pas l'utiliser en pratique clinique mais pas plus dans les revues scientifiques car c'est un terme particulièrement vague.
Expert 34	Pour l'ensemble de la population. Tout repose sur le support adapté, les outils adaptés.

2. Quatre principes généraux de la prévention du suicide

Proposition 5

Il est recommandé que l'ensemble des actions, stratégies et pratiques de prévention du processus suicidaire chez l'enfant et l'adolescent soit guidé, depuis sa conception jusqu'à sa 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 et les sciences humaines,
- ↳ l'approche multimodale : combinaison des types et modalités d'intervention,
- ↳ l'approche multisectorielle : mobilisation et mise en complémentarité des différents secteurs impliqués (notamment sanitaire, médicosocial, socioéducatif, et associatif) en respect des compétences et responsabilités de chacun,
- ↳ l'approche multiniveaux : combinaison des interventions de portée universelle, sélective et

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

ciblée ;

- 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 soutenue faisant systématiquement prévaloir l'intérêt des enfants et des adolescents suicidaires ou suicidants,
- ↳ le maintien du lien avec les enfants et des 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 détection, d'orientation, de protection et d'intervention au développement psycho-affectif, cognitif et comportemental des enfants et des adolescents ;

- Le principe écosystémique selon lequel la détection, l'orientation, ainsi que les mesures de protection et d'intervention dédiées à la prévention du processus suicidaire chez l'enfant et l'adolescent devrait systématiquement intégrer l'environnement relationnel et social, avec une attention particulière à la famille.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	3	3	11	20	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.50	0.00	7.50	7.50	27.50	50.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 1	L'identification de personnes ressources pour l'enfant et l'adolescent me paraît manquer. Elle pourrait porter une approche relationnelle individuelle, qui pourrait concerner même en prévention le champ du sanitaire, du médical 1° ou 2° recours mais pas uniquement...
Expert 4	Ces concepts et principes sont tout à fait pertinents. Pour autant, leur traduction dans la pratique devraient être mieux explicités.
Expert 7	Accord global sur les principes généraux Quelques commentaires : sur le fond : Toutefois le principe de proactivité gradué doit mieux mettre en exergue notre cœur de métier et notre cible bifocale: le jeune ET LE PARENT. Le même principe de proactivité s'applique vis à vis du parent, en particulier lorsque le parent n'évalue pas le risque suicidaire de manière appropriée ou bien se montre réticent ; le principe écosystémiques doit également mettre l'accent sur le scolaire. sur la forme: harmoniser le lexique en utilisant le mot crise suicidaire de façon continue dans le texte plutôt que processus plutôt que le terme processus numéroter chacun des 4 paragraphes avec le libellé du principe en gras
Expert 8	il faut garder à l'esprit d'associer la médecine scolaire en amont (prévention) comme en aval (réintégration scolaire avec PPIS selon les troubles présentés et les soins mis en place) en tant qu'environnement social
Expert 15	Je n'aime pas la notion de visée maximaliste qui ne me semble pas cohérent avec un travail d'évaluation rationnelle des pratiques de soin. En pratique si on

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	recommande de ne pas faire de dépistage dans les écoles c'est bien qu'il n'est pas toujours souhaitable d'être maximaliste.
Expert 16	Cette approche me paraît complète et adaptée, rien à ajouter.
Expert 17	Je trouve que la question des principes bioéthiques, de l'éthique devrait avoir une place plus grande encore car elle est centrale. Et notamment celle des dilemmes de la décision pour autrui dans de telles situations et de la prise en compte du point de vue des personnes. Il me semble par ailleurs que l'approche développementale médicalise de manière excessive les situations. Enfin, concernant le principe écosystémique, je déplacerais la focale mise sur la famille vers les relations de proximité dans leur ensemble. J'intégrerai par ailleurs l'observation de conditions de vie (précarité, discrimination, isolement géographique etc.)
Expert 18	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 (sans ordre de priorité à rajouter) en :
Expert 19	coquille sur la dernière phrase :Le principe écosystémique selon lequel la détection, l'orientation, ainsi que les mesures de protection et d'intervention dédiées à la prévention du processus suicidaire chez l'enfant et l'adolescent devraient systématiquement intégrer dans l'argumentaire p.26, citer le programme papageno
Expert 26	Ce chapitre est très éclairant et constitue une partie très intéressante de l'argumentaire, mais il faut noter que la recommandation est tout de même très abstraite.
Expert 30	Je trouve que la définition des 4 approches complémentaires est un peu trop théorique et éloignée de la pratique quotidienne.
Expert 32	Sur le principe de globalité, je trouve que la description des 4 approches est difficile à comprendre pour la pratique clinique. En particulier l'approche multimodal et multiniveaux me semble trop théorique pour être compréhensible et accessible dans la pratique quotidienne. Je proposerais "le principe de globalité incluant une approche faisant intervenir différents acteurs (sanitaire, médicosocial, socioéducatif et associatif), mettant en oeuvre des savoirs élargies avec des données biomédicale et des sciences humaines, mettant en oeuvre différents outils et à plusieurs niveaux. Sur la partie proactive je trouve ça parfait sauf qu'il manque l'implication des parents. En particulier j'ajouterais une ligne "le maintien de l'implication des parents et l'accompagnement d'un dialogue autour des IS et du repérage par les

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	parents de signe annonciateurs de risque suicidaire". Par exemple : dans des familles où le lien est déjà bien établi entre la famille (parent+ado) et le médecin, il n'est pas rare que je prenne 15 min pour discuter avec l'ado et sa famille de comment faire pour être protégé de ses idées : qui penses tu pouvoir prévenir? Comment penses tu pouvoir leur montrer que ça ne va pas ? (par ex ceux qui n'arrivent pas à parler je leur propose de choisir un objet à donner au parents qui signifie "jai besoin d'aide") Que peut on retirer à la maison pour t'éviter de te faire du mal? Accepte tu que papa/maman t'aide à retirer cela? etc.... Sur la dernière ligne du paragraphe sur la proactivité "dans les circonstances les plus critiques [...] y compris malgré leur avis" j'ajouterai: "voire même y compris contre l'avis de leurs parents dans les cas les plus complexes"
Expert 34	"Suicide et environnement social", Sous la direction de Philippe Courtet, 2013, Col/ Psychothérapie, Ed/ Dunod
Expert 35	Le style de l'argumentaire est à mon avis compréhensible par moins de 10% de la population française. Pour les recommandations, les 3 dernières lignes sont à mon avis trop complexes dans leur style même si le fond est correct
Expert 36	- Compléter "la mise en œuvre de stratégies d'aller-vers" par "la mise en œuvre de stratégies d'aller-vers avec des équipes mobiles" - Mettre en gras : un "effort de repérage" ainsi que "le maintien du lien" et "protection des enfants et adolescents"
Expert 39	Dans la présentation de l'approche globale: l'approche multi-niveau fait référence aux interventions à portée universelle, sélective et ciblée mais sans expliquée à quoi elles font référence (destination de la population générale, de population à risques, d'un public considéré comme vulnérable) l'approche proactive: les 2 premiers items sont trop flous, on ne comprend pas comment ils s'opérationnalisent sur le terrain. ("une visée maximaliste dans les réponses apportées", la réponse systématique d'une réponse adaptée" "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":je comprends le principes mais la phrase est trop lourde. globalement, je me demande s'il est pertinent de détailler les déclinaisons qui émanent de chacun des 4 grands principes ou s'il ne faudrait pas énoncer les déclinaisons directement en les résumant car cette partie est compliquée à comprendre sans la lecture de l'argumentaire

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

3. Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ? 3.1. Dépistage et repérage et enjeux stratégiques

Proposition 6

Il est recommandé de mettre en cohérence les stratégies de prévention du processus suicidaire de l'enfant et de l'adolescent selon une chaîne de prévention détection et évaluation et orientation et 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 :

La possibilité d'orienter un enfant ou un adolescent suicidant ou suicidaire dépend de la disponibilité des ressources d'aval capable de le protéger, de le soigner et de l'accompagner.

L'évaluation d'une crise suicidaire ne devrait être conduite qu'à la condition de pouvoir procéder à une orientation adaptée à son issue.

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.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	1	0	1	3	1	11	18	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	5.00	5.00	2.50	0.00	2.50	7.50	2.50	27.50	45.00	2.50

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 1	Même si la question des organisations et de l'orientation est essentielle, il me semble compliqué de valider cette proposition qui pourrait laisser entendre que s'il n'y a pas d'aval, la politique de l'autruche est une issue ! Cette remarque concerne surtout la deuxième proposition
Expert 2	Certes ,il est préférable de disposer de ressources d'aval suffisantes mais cette condition maximaliste est exclusive et inadaptée à la gravité de la situation.
Expert 7	DESACCORD TOTAL:La possibilité d'orienter un enfant ou un adolescent suicidant ou suicidaire dépend de la disponibilité des ressources d'aval capable de le protéger, de le soigner et de l'accompagner. LES RECO NE SERONT PAS LUES PAR DES EPIDEMIO MAIS DES CLINICIENS et INTERVENANTS DE TERRAIN NON TOUTE CRISE SUICIDAIRE DOIT ETRE EVALUee? mettez vous à la place d'une infirmière scolaire et il y a des urgences médicales partout en France. cette phrase pourrait s'entendre en revanche pour le dépistage systématique sur un bassin de population sur la forme encore une fois, harmoniser le lexique, parler de crise suicidaire et non de processus. Processus est une notion physio ou psychopatho, pas clinique
Expert 8	qui dit orientation adaptée, dit aussi suffisamment de lits d'hospitalisation d'accueil
Expert 11	L'évaluation d'une crise suicidaire ne devrait être conduite qu'à la condition de pouvoir procéder à une orientation adaptée à son issue. cette phrase n'est pas claire. elle sous entend que si on ne peut faire une orientation on ne peut pas précéder à une évaluation
Expert 15	ok très bien il faudrait définir le terme de crise suicidaire qui me paraît important (dixit proposition 2)
Expert 16	Il me semble que toute crise suicidaire devrait être évaluée, sans réserve de condition. Même si une orientation n'est pas possible, dans un premier temps, la prise en compte de l'enfant/ado et l'évaluation de sa situation peut déjà être un levier ou un prémisses d'intervention. In fine, la question de moyen ne devrait même pas se poser.
Expert 17	Je suis en partie d'accord avec cette recommandation au sens où elle peut résoudre le problème des erreurs médicales, des "ratés de la prise en charge" du fait d'une division du travail plus efficace. Par ailleurs la dilution des responsabilités grâce à cette chaîne peut 1)alléger la responsabilité des acteurs de première ligne 2) laisser des marges de manœuvres aux personnes elles-mêmes 3) elle peut les conduire à ne pas être dépossédées de leurs décisions. Pour autant, d'une part, l'idée de chaîne fait peser de lourdes responsabilités sur

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	les acteurs de première ligne, si tout dépend de leurs capacités à percevoir les dangers et à orienter. Cela peut poser problème lorsqu'aucun décideur n'est finalement identifiable. Chacun se renvoie la balle.
Expert 19	"L'évaluation d'une crise suicidaire ne devrait être conduite qu'à la condition de pouvoir procéder à une orientation adaptée à son issue." Si ce n'est pas possible d'orienter de façon adaptée, il faut adresser à quelqu'un qui saura adapter ! Proposition à reformuler impérativement. Je répète au passage que les moyens en pédopsychiatrie sont grandement lacunaires, s'il y a avait davantage de moyen, un IDE scolaire adresserait directement au CMP par exemple, pour une évaluation rapide
Expert 20	en accord avec la préconisation . constat du hiatus entre la préconisation et les réalités du terrain , rendant la très forte contrainte sur les possibilités d'une orientation adaptée centrale dans l'évaluation clinique de la crise .
Expert 21	Dans l'orientation proposée, il est fortement souhaitable que le professionnel éveille un intérêt pour l'introspection, afin que le sujet comprenne plus en profondeur le sens de l'acte suicidaire (ou des idées suicidaires), le sens du signal d'alarme que représente un tel acte. Ceci suppose des collaborations avec des professionnels particulièrement sensibilisés aux dynamiques intrapsychique et intrafamiliale, à leur complexité.
Expert 24	L'enchaînement des propositions est étonnante. Notamment la phrase "l'évaluation d'une crise suicidaire ne devrait être conduite que...". Concrètement, évaluer une crise suicidaire chez un patient ne relève pas du CHOIX du thérapeute, de l'intervenant social ou paramédical, il relève de son DEVOIR. Aucune "condition" ne peut autoriser quiconque à surseoir à ce qui est l'essence de notre métier, notamment en situation d'urgence. Evaluer une crise suicidaire n'est pas discutable. Elle s'impose. Elle ne tolère pas de "condition". Par ailleurs, ces recommandations sont déjà difficilement applicable dans un milieu hospitalo-universitaire, l'emploi du subjonctif est étonnant car une recommandation HAS doit-elle viser le meilleur? ou le possible? S'agit-il de recommandations au regard de ce qui DEVRAIT ETRE compte tenu des moyens disponibles ou de ce qui DOIT ETRE pour viser le plus performant au regard de la littérature scientifique?
Expert 26	Cette recommandation est un peu perturbante, car on ne saisit pas bien à qui elle s'adresse. Prise comme telle elle suggère qu'un professionnel ne devrait pas chercher à détecter, évaluer ou orienter les enfants/adolescents suicidaires s'il n'a

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	pas la garantie que l'aval sera effectif. J'ai l'impression que cela s'adresse principalement aux décideurs et en dernière analyse aux pouvoirs publics, mais qui ne sont pas les professionnels concernés par les recommandations.
Expert 32	tout à fait d'accord mais là pour le coup on a quand même une vraie difficulté en France pour les prises en charge du coup j'ai une difficulté à cette partie. C'est dire au lecteur : il faut que tout les maillons soient présents. En pratique ils vont être confrontés à des vraies difficultés de moyens... du coup la recommandation risque de ne pas être applicable. Peut être indiquer une formulation prenant en compte cette difficulté réelle. Entre ce qu'on sait être bon pour l'ado et ce qu'on peut réellement lui prodiguer comme soin on est parfois loin du compte....
Expert 35	La formulation de la deuxième proposition : l'évaluation d'une crise suicidaire... peut laisser à penser que si on ne connaît pas d'orientation adaptée, on ne fait rien ce qui est très grave. Une reformulation devait être faite
Expert 36	Je propose d'enlever la phrase "L'évaluation d'une crise suicidaire ne devrait être conduite qu'à la condition de pouvoir procéder à une orientation adaptée à son issue" car il arrive souvent, dans l'expérience que nous avons avec nos équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dédiées à l'évaluation de la crise suicidaire et l'accès aux soins, que lorsque leur évaluation met en évidence un risque suicidaire élevé, l'orientation vers une prise en adaptée sur le secteur qui ne semblait pas possible initialement au regard des listes d'attente, devienne possible car prioritaire. La phrase "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." suffit pour pondérer ici le propos et permettre d'enlever la phrase citée ci-dessus.

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 détection 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

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 7

Mis 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. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	1	1	3	2	0	17	12	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	2.50	2.50	2.50	7.50	5.00	0.00	42.50	30.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 7	malheureusement oui, mais je recommanderais des études pilotes sur ses sites représentatifs C est une reflexion nationale à porter
Expert 8	je ne serais pas aussi radicale, j'ai pu lire et rencontrer les canadiens qui ont mis en place de telles campagnes de dépistage systématiques avec d'excellents résultats. Nous manquons simplement d'études réalisées en France. A ma connaissance, l'équipe du CHU de Rouen du Pr P Girardin avait prévu un tel projet juste avant le Covid. Pour mettre en place ces projets il faudrait un projet interministériel Santé et Education Nationale.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 12	Cette prudence sur les programme de dépistage est très juste, d'autant que ce dépistage n'explore pas la qualité du sujet à mobiliser l'aider proposée en aval: le plus souvent ceux qui ont de la ressource (donc moins à risque) suivront les préconisation contrairement à ceux qui ne bénéficient pas d'un entourage suffisamment aidant (et pourtant plus à risque).
Expert 15	"dépistage systématique ET SPECIFIQUE du risque suicidaire"
Expert 16	les dépistages systématiques ne sont pas forcément un objectif à atteindre. Nous sommes dans une société d'évaluation, de dépistage, Or, là n'est pas forcément l'enjeu et semble impossible à réaliser concrètement.
Expert 19	Si la pédopsychiatrie avait les moyens de fonctionner correctement nous pourrions nous le permettre.
Expert 24	Mes observations à cette proposition recoupent celles faites à la proposition 6: La notion de faisabilité au regard des moyen est understandable mais est-ce le rôle d'une recommandation? Le terme d'acceptabilité me fait bondir, depuis quand doit-on attendre que les avancées sociologiques et humanistes proviennent d'une acceptabilité de la majorité, de la population, des institutions? Il fut un temps où il n'était pas acceptable que les femmes aient le droit de voter, d'avoir un compte en banque, une contraception... Une recommandation ne doit-elle pas s'appuyer sur des fait scientifiques? ceux que je lis dans l'argumentaire sont: iatrogénie > absence voire amélioration des enfants et adolescents suicidaires , efficacité de programmes connus.
Expert 28	Le manque de moyen personnel, nous fait dire que les bénéfices seront modestes...
Expert 32	pas très à l'aise avec cette proposition qui est maladroite. "Les bénéfices attendus" ? le phénomène est très rare c'est vrai. Mais en même temps très grave... Le coût de la formation des équipes doit être très élevés. Mais quel est le prix d'un suicide? Le bénéfice attendu est trop modeste d'un point de vue uniquement statistique. Je serais moins catégorique. je proposerais "mis en regard de l'importance des moyens à mobiliser et des limites de faisabilité il est difficile, en pratique, de déployer des campagnes de dépistage systématique du risque suicidaire en milieu scolaire mais ces campagnes peuvent se montrer utile si un établissement souhaite le mettre en place". Pour compléter mon propos : il y a des écoles où il y a plus de TS que d'autres. Dans ces écoles "ciblées" je crois qu'il est important de mettre en place des campagnes de dépistage. Donc la campagne généralisée à tous pour tous n'est pas la solution mais le bénéfice pour des écoles spécifiques et/ou des périodes

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	spécifiques dans certaines écoles (le phénomène de groupe existe chez les adolescents) peut être plus important que ce qu'on voit à un niveau national à un instant T. Concernant le temps, en pratique mes collègues et moi avons constaté des pics de TS par période par ex : Noël, Mai au moment des examens et des choix. Je n'ai pas trouvé d'article confirmant cette observation clinique mais je cherche encore. Et enfin le dépistage au collège vs au lycée n'est pas pareil. Les ado n'ont pas les mêmes problématiques, pas la même maturité. Il est donc difficile d'englobé le collège et le lycée comme un tout.
Expert 34	Le dépistage peut passer aussi par l'information. L'école ne doit pas être oubliée https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-69/31412 : La prévention du suicide en milieu scolaire est-elle possible ?
Expert 36	J'enlèverai la première phrase "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 détection des adolescents à risque suicidaire" car au regard de la revue de la littérature elle s'avère fautive (plusieurs études ont en effet mis en évidence que plus on parle dans les campagnes de prévention des idées suicidaires et plus elles augmentent ; Revue de la littérature de Gould et al., 2003 ; Reyes-Portillo et al., 2019). En conséquence, je compléterai même la recommandation comme suit : "Mis en regard de l'importance des moyens à mobiliser, des limites de faisabilité et de possibles effets délétères des programmes de prévention scolaire, la modestie des bénéfices attendus ne justifie pas de recommander le déploiement de campagnes de dépistage systématique du risque suicidaire en milieu scolaire."

Proposition 8

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 sur-risque de trouble de santé mentale (l'aide sociale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse, notamment). (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	2	6	30	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.50	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	15.00	75.00	2.50

Expert	Commentaires
Expert 5	Je souhaiterais qu'il soit fait mention d'un dispositif de Permanences d'Évaluations Cliniques mis en place dans la Vienne (86) et qui vise notamment à la prise en charge avancée des états dépressifs et suicidaires. Je vous joins l'article.
Expert 16	Cela me paraît logique et indispensable. La formation des personnels socio-éducatifs et de santé est essentielle et constitue le premier maillon en amont de toute prise en charge et accompagnement.
Expert 17	Ces actions de sensibilisation doivent, selon moi, s'articuler à d'autres sur l'accès aux droits sociaux.
Expert 22	Il serait intéressant de prévoir des outils pour les parents qui sont malheureusement souvent démunis: -en prévention:que faut-il repérer pour être en alerte? comment prévenir les risques de suicide?A qui doit-on s'adresser? -que faire quand l'enfant(ou l'adolescent) ne va pas bien, conduites à tenir.
Expert 24	définir "conduites suicidaires" (terme apparaissant aussi à R8 et R22). Chez ces professionnels sensibiliser n'est pas suffisant. Il faut les former et les former bien. Après 4ans de travail auprès d'équipes sociales et éducatives en placement familial, mais aussi du fait des liens étroits que nous établissons en CAMSP (ou en CMP) avec les professionnels de l'ASE, il est effarant de voir à quel point le niveau de formation en santé mentale est très faible. Bien souvent par manque de

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	temps et de moyens, toujours par impossibilité institutionnelle; savoir repérer mieux la souffrance psychique (parmi lesquels les signes de psychotrauma en premier lieu) expose les professionnels à cette injonction paradoxale: voilà ce qui devrait être fait sans moyen pour le faire. Les professionnels sont contraints à une espèce de clivage entre leur humanité, leur éthique et les moyens de leur profession. L'ASE est en très mauvaise santé.
Expert 27	Proposition de sensibilisation aux conduites suicidaires d' «élèves relais», les délégués de classe... Les adolescents et préadolescents en souffrance se tournent de façon préférentielle vers leurs pairs. Il serait alors intéressant qu'ils puissent se tourner vers des " élèves relais " faisant le lien entre ces jeunes en difficulté et les psychologues ou éducatrices. S'appuyer sur la complicité intra générationnelle pour engager un dialogue et orienter vers l'adulte expert est une piste de prévention intéressante. L'expérience a été faite en 2005 à Boulogne Billancourt: les élèves relais étaient formés par une psychologue et une éducatrice du collège à savoir repérer les signes de mal être parmi leurs pairs et à les mettre en lien avec une éducatrice ou un psychologue s'ils les jugeaient trop graves. Ces «élèves relais» pourraient d'ailleurs être les délégués de classe, qui sont, dans les faits, élus pour représenter les autres élèves, pour les défendre et faire part de leurs difficultés scolaires au conseil de classe et qui pourraient également se faire la voix de la souffrance de chacun. En faisant toujours attention à ne pas placer les enfants dans une place de caregiver réservée à l'adulte, ils pourraient tous être formés, au même titre qu'ils le sont aux gestes d'urgences somatiques aux gestes d'urgences psychologiques. L'information et les campagnes de promotion L'information diminue le risque de passage à l'acte. -Les programmes de prévention à l'école à travers: -La formation des élèves, Dans les établissements scolaires, on peut réaliser des programmes d'éducation au suicide et alerter sur la suicidalité(Brian L. Mishara 2003). Les jeunes peuvent à travers ces programmes être informés et formés à des stratégies de coping et de communication pour résoudre leurs problèmes(Westefeld et al. 2006). -Les programmes communautaires, Les programmes communautaires incluant des centres de crise et des réseaux de crise, encourageant à la restriction des moyens létaux et à

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	l'éducation via les media(Burns et Patton 2000)sont proposés dans de nombreuses études(Westefeld et al. 2006). -Les programmes en réseau, On ne peut aujourd'hui ne pas s'appuyer sur les réseaux sociaux pour une meilleure prévention. Sur les 3, 025 milliards d'internautes à travers le monde, 2,060 milliards sont actifs sur les réseaux sociaux, soit 68% des internautes et 28%de la population mondiale. Dans le monde, les internautes passent 2 heures par jour sur Facebook, Twitter, Google Plus, You Tube, Instagram, Pinterest, LinkedIn ou viadeo; 1h30 par jour pour les français(Street et al. 2015).Une sensibilisation à la suicidalité, à ses manifestations, à ses risques et à ses prises en charge, doit se servir des réseaux sociaux pour développer une information. Les réseaux sociaux sont de formidables outils de promotion dont il faut se servir à bon escient dans la prévention de la suicidalité chez les jeunes qui s'y connectent quotidiennement.
Expert 34	Cf. ci dessus
Expert 39	dans les PAEJ, MDA , club de prévention spécialisée

Proposition 9

Enfin, s'il n'est pas préconisé le déploiement systématique de stratégies de dépistage en population infanto-juvénile, il est encouragée 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)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	1	3	7	23	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	0.00	0.00	0.00	5.00	2.50	7.50	17.50	57.50	7.50

Expert	Commentaires
Expert 8	DE telles Recherches Action sont indispensables. leur cout ne me parait pas excessif ni discriminant , c'est la question du partenariat Santé et Education Nationale pour mener à bien ce projet qui me parait primer. Vient ensuite la clarté du parcours de soin en fonction des situations détectées. Il y a un bénéfice certain à intervenir le plus précocement possible, en terme de vie humaine et de cout du système de santé.
Expert 16	la logique coût/bénéfice ne peut s'appliquer aux questions relatives à la santé, la justice, l'éducation ou le social. Les moyens déployés aujourd'hui pourraient permettre d'avoir des résultats sur le long terme et c'est cela qu'il faut viser.
Expert 17	S'il faut bien poser la question de l'efficacité des stratégies de prise en charge, il faut aussi questionner les critères d'évaluation de ces stratégies, mettre en discussion les éléments de preuve. La passation de tests standardisés pose de nombreuses questions car ils impliquent un prisme qui peut parfois nuire au repérage et à la prise en charge.
Expert 19	coquille : il est encouragé
Expert 31	phrase compliquee , peu d' interet en pratique ???

3.2.2.Médecine de ville

Proposition 10

Il est préconisé de renforcer les capacités des acteurs de soins primaires $\hookrightarrow$ notamment le médecin généraliste, le pédiatre et le médecin scolaire $\hookrightarrow$ à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires. Néanmoins, la recherche systématique (c'est-à-dire à chaque consultation, quel qu'en soit le motif) d'idées suicidaires par une question ou l'administration d'un outil de dépistage, n'est ni faisable ni souhaitable.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	1	3	2	8	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	2.50	2.50	7.50	5.00	20.00	55.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 2	La médecine reste un art où la rencontre, l'empathie, le discernement sont à cultiver à l'inverse de questionnaires déshumanisés.
Expert 11	pas clair la notion de pas faisable est très différente de pas souhaitable.
Expert 12	Au de la des consultations liée a des problèmes e santé mentale, il faut aussi interroger sur les IDS lorsqu'il s'agit de consultation pour des pathologies somatiques fréquemment liées au stress ou à la dépression (céphalées, maux de ventre, douleurs, asthme..)
Expert 16	Rendre systématique la recherche de personne " a risque " parait illusoire, et inadaptée. En effet, toutes les consultations ne sont pas le lieu pour aborder ces questions, qui peuvent venir aggraver l'état des personnes sans que le professionnel puisse gérer les conséquences d'une consultation venant chercher un risque suicidaire. Cette démarche me parait complexe et inadaptée.
Expert 17	Ce renforcement des capacités des acteurs doit s'inscrire dans un processus plus large de reconnaissance de leur place de "dépisteuse" et de "veilleuse" encore trop peu souvent reconnue et mise en valeur. Il peut être nécessaire également de repenser la place qu'occupent par exemple les infirmiers et médecins scolaire au sein de l'Education nationale et la place que

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	leur donnent les professionnels sanitaires.
Expert 19	Rajouter IDE scolaire, qui rencontrent bien plus souvent les enfants que les médecins scolaires là encore, manque de moyens, renforcer la médecine scolaire est nécessaire.
Expert 24	La première ligne a besoin d'outils concrets et de moyens de relais. Il doivent entendre parler de l'absence de iatrogénie à parler du suicide: leurs freins sont: cognitifs: "si je pose la question du suicide je vais peut être donner l'idée à mon patient". Fonctionnels: "il n'y a aucun relai d'accès facile en dehors des grandes agglomérations, si j'aborde des questions d'ordre psychologique je n'arriverai pas à gérer (formation), je n'aurai pas le temps (temps et moyens)"
Expert 25	Tout à fait d'accord pour renforcer les capacités des acteurs de soins primaires, mais doute sur le fait que ce ne soit pas souhaitable, juste convaincue que ce n'est pas faisable compte tenu du manque de moyens surtout en aval !
Expert 26	A condition que la recommandation 6 soit satisfaite.
Expert 28	Dans les suites vous parlez du BITS, qui me semble faisable rapidement en consultation.
Expert 30	Je suis d'accord sur le fond de cette recommandation. Mais j'inverserais l'ordre des propositions 10 et 11. Cela permettrait de commencer par dire qu'il faut, pour toute consultation d'enfant et d'ado, dépister par le BITS. Sinon, je trouve que les 2 propositions semblent se contredire et cela brouille le message.
Expert 31	par contre très intéressant quand il existe des consultations pour traumatismes fréquents ou "accidents"
Expert 34	Les Psy EN peuvent être une ressource .
Expert 39	les capacités des acteurs de soin à "détecter" des idées suicidaires ne dépendent-elles pas de leur capacité d'écoute ? (plutôt que de renforcer cette capacité en proposant des questionnaires à administrer ne faut-il pas former les gens à l'entretien ?

Proposition 11

Au lieu de quoi, il est recommandé :

↳ 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 comportement suicidaires actuels, récents ou anciens. Les questions posées doivent être claires et explicites. Au besoin des outils comme la Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) peuvent être utilisés. (AE)

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

¿ Pour toutes autres consultations d¿enfants et d¿adolescents, de rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et comportements suicidaires récents ou anciens en employant le Bullying Tobacco Insomnia Stress (BITS). (grade C). En pratique, il est demandé d¿aborder thèmes en posant successivement les questions du tableau 1 (cf. texte des recommandations section 3.2.2).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	5	11	18	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	0.00	2.50	5.00	12.50	27.50	45.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Ne pas omettre "la façon" de poser la question qui doit se distinguer du remplissage d'un questionnaire et de la juste mesure
Expert 2	A la condition du tact et du discernement, faute de quoi on risque la méfiance et le discrédit.
Expert 5	Je souhaiterais qu'il soit mentionné que dans la Vienne (86) au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent un numéro d'urgence à destination des professionnels en charge des adolescents (dont les médecins généralistes) leur a été communiqué et qu'il met en relation ces professionnels

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	avec une infirmière de coordination de l'urgence qui constitue une première ligne de réponse et qui au besoin transfère l'appel au pédopsychiatre d'astreinte qui intervient aux services des urgences. À noter que j'ai participé à l'étude de validation de la BITS par ailleurs.
Expert 7	OUI instrument bien sûr très intéressant. L'étude de validation Initiale citée porte sur les 15 ans, Puis la 2nde chez les 13-18, retrouvant toutes deux la valeur seuil optimale de 3 . Spécifier que l'instrument était utilisé valablement à partir de 13 ans il faudra fournir des reco pour les autres âges mettre en annexe le questionnaire en VERSION FRANÇAISE Y COMPRIS L'ACRONYME FRANCAIS et l'algorithme de cotation
Expert 16	Je pense que les médecins sont des professionnels aguerris. Peut être faudrait il encourager leur formation sur les problématiques de ce type, leur permettant de détecter des fragilités d'ordre psychologiques ou autres chez leurs patients.
Expert 17	Si les tests sont un outil important dans les politiques de dépistage et ont, pour certains, montré une certaine efficacité, il n'en demeure pas moins qu'ils doivent rester des outils parmi d'autres. Les tests imposent un prisme d'emblée. La question du repérage telle qu'elle est posée dans le rapport devrait conduire à poser davantage celle de l'écoute et des manières d'apprendre à écouter les enfants et les adolescents.
Expert 18	En pratique, il est demandé d'aborder (les à rajouter) thèmes en posant successivement les questions du tableau 1 (cf. texte des recommandations section 3.2.2).
Expert 24	Recommandations non applicable à la population enfant. Par ailleurs les enfants et adolescents en souffrance consultent les médecins de ville essentiellement pour des plaintes somatiques / psychosomatiques. On demande aux acteurs de première ligne d'être formés à des problématiques diverses (nous rencontrons des difficultés par exemple à faire repérer les TSA en médecine de ville, surtout lorsque les troubles ne sont pas évidents). Des consultations "pour des difficulté en lien avec la santé mentale" sont rares, il s'agit là d'évidences ou il est évident que le professionnel doit être équipé d'outils. La plupart du temps les consultations ne sont pas évidentes, ni noires ni blanches mais teintées de toutes les nuances de gris, dans ce cas un outil de dépistage systématique à des moments clefs doivent être pensés. La notion d'examen systématiques de santé mentale à des âges clefs est une évidence (naissance / 18 mois-3ans et période d'individualisation / 6-8 ans / 10-12 /) La réalisation des examens recommandés en médecine de ville 11-13 ans et 15-16 ans doivent être généralisés sans attendre le vieillissement des enfants

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	détenteur de la nouvelle version du carnet de santé, ces deux examens sont déjà un premier pas.
Expert 27	Le questionnaire demeure un bon outil pour prédire le risque suicidaire futur. Connor, Jennifer, et Martha Rueter. 2009. «Predicting Adolescent Suicidality: Comparing Multiple Informants and Assessment Techniques». Journal of Adolescence 32 (3): 619-631. doi:10.1016/j.adolescence.2008.06.005
Expert 32	il y a une faute de frappe sur la dernière phrase "d'aborder LES thèmes" Il est important de préciser ici qu'il faut que l'enfant soit évalué SEUL pour ces points précis
Expert 36	Le problème est le faible temps de disponibilité des médecins généralistes et le lien de ces médecins généralistes avec des équipes travaillant dans le champ de la santé mentale qui seraient facilement joignables (permanence téléphonique) et mettraient en place rapidement des relais. Il est donc important que les outils proposés permettent une évaluation rapide ; or, aucune information n'est donnée sur la durée de passation de l'ASQ.

Proposition 12

Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. A partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de comportements suicidaires actuels, récents ou anciens, au besoin à l'aide d'outils comme la ASQ. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	4	3	9	18	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.50	5.00	10.00	7.50	22.50	45.00	7.50

Expert	Commentaires
Expert 4	Pas sûr que la consommation de tabac soit des plus pertinentes
Expert 7	je ne sais si je préconiserais un second outil, 7minutes=temps de consultation moyen d'un med ge? j'écirais simplement:il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de comportements suicidaires actuels, récents ou anciens
Expert 16	A mon sens, le recours à des outils rationalisant les constats éducatifs ou médicaux me semblent être quelque peu dangereux, s'éloignant de la réalité du lien relationnel entre le jeune et le professionnel. S'appuyer sur des connaissances, oui, s'appuyer sur des outils oui, mais à condition de ne pas se limiter à eux et de se faire confiance également en tant que professionnel. Remplir des cases ne remplacera jamais l'expérience et l'instinct du professionnel.
Expert 17	Je ne suis pas nécessairement en mesure de répondre à la question des scores. La standardisation des questionnements par les tests doit être complétée par d'autres manières de prendre en compte le point de vue des enfants et des adolescents.
Expert 19	Questionnaire qui pourrait être amélioré à mon sens. Manque l'appétit par exemple... pratique t'il toujours ses loisirs habituels ?
Expert 34	Pour les nons communicants pourquoi ne pas se rapprocher d'un outil : EVA. Les questions seront a adapter
Expert 36	Voir commentaire précédant pour l'ASQ

3.2.3.Aux urgences De la même manière que pour les acteurs du soin primaire, il est préconisé de renforcer les capacités des services d'urgence à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires par l'adoption de la stratégie suivante :

Proposition 13

. - Interroger systématiquement les enfants et les adolescents sur la présence d'idées et de comportement suicidaires actuels, récents et anciens lorsque la consultation est motivée par des difficultés en lien avec la santé mentale ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de la consultation. Au besoin des outils comme la ASQ peuvent être utilisés. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	2	4	7	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.50	5.00	5.00	10.00	17.50	55.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Oui, tout à fait d'accord; il faudrait spécifier qui interroge systématiquement les enfants et les adolescents.
Expert 5	Il est aussi essentiel de questionner les adolescents sur la présence d'automutilations qui précèdent très souvent les passages à l'acte suicidaires et qui d'après les travaux de K. Hawton par exemple peut multiplier le risque de survie d'une TS par 10. En outre, la présence de comportements automutilateurs induit la recherche d'antécédents d'abus, notamment sexuels. Cela rejoint la proposition n°24.
Expert 6	il faudra renforcer les personnels faute de quoi ce ne sera pas possible
Expert 7	Je n'ai pas retrouvé cette section dans l'argumentaire. Je ne sais pas si ce paragraphe s'adresse aux pédiatres ou urgentistes. Il ne semble pas s'adresser aux pédopsychiatres . Le public cible de cette recommandation devrait être précisé (infirmière, médecin , interne de pédiatre ? J'ajouterai un 3e motif d'interrogation systématique en écrivant : lorsque la consultation est motivée par des difficultés relationnelles significatives , des difficultés en lien avec la santé mentale etc; La recommandation R 13 devrait préciser si on utilise le BITS en première

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	intention comme dans la recommandation pour les médecins de première ligne Par la suite plutôt que l'utilisation d'une 2nde échelle, est ce que ce n'est pas toujours la question de l'identification d'une consultation pédopsychiatrique aux urgences qui est posée ? on voit dans les propositions suivantes apparaître une stratégie aux urgences (pédia?): repérage par non-psychiatre: BITS (P13) évaluation niveau de base: volet ici UD du RUD (23); volet R du RUD dans la P suivante évaluation spe: CSSRS avec sa valeur prédictive (cf. Gipson 2015 et autres ref) cette démarche devrait peut être individualisée comme une proposition spécifique même si cela est redondant Enfin sur la forme, je préfère la formulation » idées et tentatives suicidaires » plutôt que comportement
Expert 12	Idem, les IDS doivent systématiquement être recherchées dans une gamme plus large de troubles: comme en médecine générale pour les troubles du registre psychosomatique (céphalées, douleurs fonctionnelles, etc), mais aussi spécifiquement aux urgences face aux traumatismes (fractures, AVP) et aux ivresses.
Expert 16	le systématisme, une nouvelle fois, ne me paraît pas être une démarche.
Expert 17	Un tel systématisme implique tout de même un point de vue bien situé sur les liens qu'il y aurait entre troubles psychiques et comportements suicidaires.
Expert 19	même remarque sur le questionnaire qui est à améliorer à mon sens
Expert 21	En cas de risque, ne pas se limiter aux questionnaires (même si ceux-ci sont utiles et permettent de ne pas passer à côté de certaines explorations importantes), pousser plus loin l'exploration par des entretiens cliniques et éventuellement un bilan de personnalité (tests projectifs avec une orientation psychodynamique) qui puissent donner envie au sujet d'approfondir une connaissance de soi, de comprendre plus profondément le sentiment d'impasse qui l'a mené à un tel geste et ainsi se prémunir davantage contre des répétitions, par une contention psychique de première intention favorisant à terme une véritable mise en sens
Expert 24	Même réflexion à propos des consultations "motivée par des difficultés en lien avec la santé mentale" que pour la médecine de ville et le repérage systématique.
Expert 26	A condition que la recommandation 6 soit satisfaite.
Expert 28	Réalisation d'un outil pour les urgentiste, avec qql échelles ou outils rapides pour l'évaluation du risque suicidaire? Ne pas oublier l'accès aux soins des adolescents, souvent que via les urgences.
Expert 29	Je ne trouve pas forcément pertinent de cette "interrogation systématique" en cas de "difficultés en lien avec la santé mentale" lors du passage aux urgences qui

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	peut se justifier pour tellement de motifs hors "crise suicidaire" : l'appréciation clinique de la situation me semblerait plus juste.
Expert 32	le pb c'est qu'il faut parfois percevoir ce qu'il y a en dessous. J'ai pas mal travaillé aux urgences pédiatriques pour les adolescents. J'apprenais à mes internes à avoir une vigilance sur les situations suivantes : "consultations répétées pour des motifs d'allure psychosomatiques : malaises à répétition d'allure vagale, céphalées/ douleurs abdo récurrentes" ou " si consultation pour des motifs traumatiques à répétition" (il est prouvé que les jeunes garçons se scarifient moins mais se blessent plus). Rappeler dans cet extrait qu'un adolescent doit être vu seul (il faut qu'il ai la possibilité de dire qqch et c'est souvent compliqué devant son parent)
Expert 35	Ne faudrait il pas ajouter aux consultations motivées par des difficulté en lien avec la santé mentale ou des accidents à répétition?
Expert 36	Je compléterai juste la phrase comme suit : "Au besoin des outils comme la ASQ ou la BBS (Beck's suicide scale peuvent être utilisés". A noter la BSS est un auto-questionnaire que l'adolescent ou enfant remplit en environ 5 minutes.
Expert 40	Selon les analyses du Center for Disease Control (CDC 2015) et McIntosh et Drapeau (2014), il n'existe pas encore de grille permettant d'évaluer correctement l'imminence du passage à l'acte. D'ailleurs plusieurs auteurs croient que les grilles d'évaluation du passage à l'acte suicidaire n'ont pas démontré de valeurs prédictives et certains organismes ou gouvernements dont le British Department of Health recommande de ne pas utiliser les grilles qui visent la stratification du risque ou de l'imminence suicidaire, mais recommande de s'appuyer sur l'évaluation clinique (Large & Nielssen, 2012). Les grilles actuellement validées n'ont pas plus que 5 % comme valeur prédictive positive (Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. [2017]. Il semble que la controverse se centre autour de l'usage de ces grilles, qui peuvent être utilisées en tant qu'outil de dépistage ou pour indiquer à l'intervenant quelles sont les zones d'investigations cliniques à ne pas négliger, mais l'entretien clinique doit être à la base du jugement clinique. Au cours des travaux préalables à la réalisation du DSM-5, l'adoption d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire et de cotation de sa sévérité avait été envisagée, mais rapidement abandonnée puisque ces outils n'offraient aucune assurance sur la validité prédictive.

Proposition 14

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

- Pour toutes autres consultations d'enfants et d'adolescents, de rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et comportements suicidaires récents ou anciens en employant le Bullying Tobacco Insomnia Stress (BITS). (AE) En pratique, il est demandé d'aborder thèmes en posant successivement les questions suivantes : Brimades, Insomnie, Tabagie, Stress avec les questions suivantes posées plutôt dans l'ordre du tableau 2 (cf. texte des recommandations)

Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. A partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de comportements suicidaires actuels, récents ou anciens, au besoin à l'aide d'outils comme la ASQ.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	2	6	10	17	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.50	0.00	0.00	2.50	5.00	15.00	25.00	42.50	7.50

Expert	Commentaires
Expert 1	juste une réserve sur la mise en exergue de la question de l'ordre
Expert 4	D'autres part, il faut pouvoir disposer d'une consultation pédopsychiatrique aux urgences pour prendre en charge les enfants/adolescents qui feraient état d'idées ou de comportements suicidaires. Identifier sans pouvoir orienter et prendre en charge pose en effet question.
Expert 6	d'une manière générale un questionnaire ne supplée pas l'entretien conduit par un

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	professionnel entraîné et l'aspect fortifiant de la relation et de son interaction
Expert 7	afin que cette P14 ne soit pas citée hors contexte , j'écirai "toutes autres consultations d'enfants et d'adolescents aux urgences,"
Expert 8	Brimade est un terme désuet, vous vouliez parler de harcèlement et/ou de maltraitance
Expert 16	le recours aux thèmes cités paraît être une bonne idée.
Expert 18	En pratique, il est demandé d'aborder (les à rajouter) thèmes en posant successivement les questions suivantes :
Expert 19	même remarque sur le questionnaire qui est à améliorer à mon sens
Expert 21	Des questions liées aux consommations de drogues mériteraient aussi d'être posées.
Expert 24	"enfant et adolescent" n'est pas approprié, ces questionnaires ne sont pas indiqués pour les enfants.
Expert 29	Je reste un peu circonspect sur la pertinence de systématiser une évaluation clinique en passant par des échelles, fussent-elles validées statistiquement dans leur efficience...
Expert 32	idem préciser SEUL. C'est vraiment pas encore un automatisme pour les médecins
Expert 35	Quelle est la différence entre le tableau 1 et le tableau 2?
Expert 36	Je compléterai juste la phrase comme suit : "Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. A partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de comportements suicidaires actuels, récents ou anciens, au besoin à l'aide d'outils comme la ASQ ou la BSS" A noter la BSS est

3.3.Stratégies de repérage

Proposition 15

Il est rappelé qu'en aucun cas, questionner un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suici-daires n'induit chez lui de telles idées ou ne provoquera de passage à l'acte. En revanche, lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime des idées suicidaires à un adulte, en particulier si 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. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	6	32	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.50	0.00	0.00	15.00	80.00	2.50

Expert	Commentaires
Expert 1	Si l'on voit bien l'intention de parler de réponse, il conviendrait de ne pas prendre le risque de voir l'échange clinique ou humain réduit à la dyade "question - réponse"
Expert 16	je ne vois pas comment il est possible de considérer qu'en AUCUN CAS il n'est possible d'induire des idées ou provoquer des passages à l'acte. Si tel n'est pas le cas, aborder ces questions sans pouvoir en gérer les conséquences potentielles me paraît à minima délicat. Si le professionnel s'engage dans cette voie, il doit pouvoir gérer la suite des préconisations et ne pas laisser l'enfant ou l'adolescent avec ces idées en tête.
Expert 24	Cette notion d'absence d'induction pourrait être recommandé bien plus tôt dans le texte. Elle est essentielle.
Expert 26	Qui peut garantir que le fait de questionner un enfant ou un adolescent, sur la présence d'idées suicidaires (ou sur quoi que ce soit d'autre), n'induit chez lui d'idées suicidaires ou ne provoquera de passage à l'acte ? J'écirais plutôt : "Lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime [...] orientation. Il est rappelé que le fait de questionner les enfants et les adolescents sur la présence d'idées suicidaires n'est pas connu pour induire chez eux de telles idées ou provoquer des passages à l'acte.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 39	En tant qu'éducatrice cela m'a longtemps fait peur d'aborder ces questions car j'avais effectivement cette crainte. Je pense que cette crainte est encore présente chez de nombreux travailleurs sociaux. cette crainte vient également du fait que nous ne savons pas "quoi faire" à l'énonciation de propos suicidaires et nous manquons de relai identifiés. la formation et le repérage d'un circuit de partenaires pourrait aider à remédier à cela
-----------	--

Proposition 16

Aussi, il est préconisé que l'ensemble des professionnels au contact d'enfants et d'adolescents soit au minimum 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)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	35	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	87.50	2.50

Expert	Commentaires
Expert 12	La sensibilisation aux ressources disponibles est un élément essentiel

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 16	C'est une évidences, les formations sur ces questions devraient être plus largement diffusées.
Expert 27	Une formation nationale obligatoire en visio permettrait d'homogénéiser les pratiques et l'accès à tous les professionnels du territoire français à la même sensibilisation.

Proposition 17

S'agissant plus particulièrement du risque suicidaire, il est recommandé de s'appuyer sur le déploiement de réseaux de sentinelles formées, accompagnées et articulées avec les dispositifs de soin psychique. (AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	5	1	1	8	20	4

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	0.00	0.00	0.00	12.50	2.50	2.50	20.00	50.00	10.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Réserve sur la notion de soin psychique
Expert 2	question complexe ,car l'appui sur une sentinelle ne peut être systématique et doit être pesé à l'aune des bénéfices-risques sous peine de risquer un retranchement et un isolement plus importants encore chez l' adolescent.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 8	le mieux étant d'avoir des professionnels formés
Expert 12	L'articulation de la sentinelle avec les dispositifs d soin est essentielle
Expert 15	1/ Le réseau sentinelle a été peu évalué. 2) Il se focalise sur le suicide. Comme évoqué plus haut, il ne faudrait pas réduire la sensibilisation des professionnels de l'enfance et de l'adolescence non médicaux uniquement à la question du suicide.
Expert 16	rien à ajouter, le recours aux sentinelles répond à une logique de justice sociale restaurative dans laquelle tout citoyen peut prendre sa place. Ce dispositif existe dans certains pays notamment pour les personnes souffrant de pulsions de nature sexuelle. Ces dernières peuvent interpeller un réseau de citoyen, formé et sensibilisé sur ces questions, afin de leur apporter l'aide et le soutien nécessaire. Il me paraît intéressant de développer ces réseaux à d'autres problématiques : violences conjugales, harcèlement, idées suicidaires.
Expert 17	Je n'ai pas bien compris qui il y avait derrière ces réseaux de sentinelles. Je n'en ai jamais entendu parlé sur le terrain.
Expert 19	Je n'ai jamais entendu parler de réseaux de sentinelles ! Mieux former sur la question les IDE scolaires, et avoir davantage de temps d'IDE scolaire dans les établissements
Expert 23	interrogation sur la faisabilité d'entretien et d'animation du réseau avec les turn-over de professionnels et associatifs.
Expert 24	Existe-t-il réellement des réseaux sentinelles sur l'ensemble des territoires?
Expert 25	le développement d'ambassadeurs développé par l'Education Nationale ou l'expérience des ambassadeurs testés par certaines Maisons des Adolescents allant à la rencontre de leurs pairs via les réseaux sociaux semblent tout à fait intéressant.
Expert 26	Cette recommandation au contenu très dense me pose question. L A la lecture de l'argumentaire, il semble que les données en faveur d'un déploiement généralisé de réseaux de sentinelles sont assez réduites. On peut se demander si cette recommandation est ajustée à la saisine, et si elle ne s'adresse pas elle-aussi plutôt au décideurs/pouvoirs publics qu'aux professionnels auxquels les recommandations sont destinées.
Expert 27	Proposition de sensibilisation aux conduites suicidaires d' «élèves relais», les délégués de classe... Les adolescents et préadolescents en souffrance se tournent de façon préférentielle vers leurs pairs. Il serait alors intéressant qu'ils puissent se tourner vers des " élèves relais " faisant le lien entre ces jeunes en difficulté et les psychologues ou éducatrices. S'appuyer sur la complicité intra

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	générationnelle pour engager un dialogue et orienter vers l'adulte expert est une piste de prévention intéressante. L'expérience a été faite en 2005 à Boulogne Billancourt: les élèves relais étaient formés par une psychologue et une éducatrice du collège à savoir repérer les signes de mal être parmi leurs pairs et à les mettre en lien avec une éducatrice ou un psychologue s'ils les jugeaient trop graves. Ces «élèves relais» pourraient d'ailleurs être les délégués de classe, qui sont, dans les faits, élus pour représenter les autres élèves, pour les défendre et faire part de leurs difficultés scolaires au conseil de classe et qui pourraient également se faire la voix de la souffrance de chacun. En faisant toujours attention à ne pas placer les enfants dans une place de caregiver réservée à l'adulte, ils pourraient tous être formés, au même titre qu'ils le sont aux gestes d'urgences somatiques aux gestes d'urgences psychologiques.
Expert 32	je pense aux jeunes médecins fraîchement installé avec peu de réseau au départ. Peut on préciser A défaut d'avoir ce réseau il est important de se mettre en lien avec une maison des adolescent ou les urgences de secteur pour être guider dans l'accompagnement du jeune. (A noter que lors d'une enquête menée lorsque je travaillais à la MAison des Ados il était apparu que les médecins avaient peu de moyens de recours, peu de réseau dans ce domaine, une assez mauvaise connaissance des soins possible en dehors des CMP saturés et que du coup se retrouver avec de tels ados "sur les bras" pouvaient être particulièrement angoissant pour les médecins avec le risque du coup de ne pas chercher une info qu'on ne saurait gérer)
Expert 34	Le maillage et le réseautage sont deux des piliers de l'écoute, de la prévention, de la prise en charge tant pour les "enfant" que pour les familles

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 soin dans l'exercice de fonction de repérage.

Proposition 18

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 adolescent ;
- dans les milieux où les enfants et les adolescents présentent un sur-risque connu d'idées ou

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

de comportements suicidaires, comme les structures relevant de l'aide sociale à l'enfance et celles relevant de la protection judiciaire de la jeunesse.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	0	7	27	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	17.50	67.50	5.00

Expert	Commentaires
Expert 4	il est peut-être dommage qu'à aucun moment il ne soit question du harcèlement scolaire, problématique de santé publique importante à rechercher et à repérer car parfois associé à des conduites suicidaires.
Expert 5	Cf. commentaire à la proposition n°8
Expert 16	L'école étant le premier lieu de socialisation des enfants, cette préconisation me paraît tout à fait adaptée, tout comme celle de l'élargir aux milieux où les enfants présentent un sur-risque.
Expert 17	En fait, je ne comprends pas bien l'idée de repérage en priorité lorsqu'elle est appliquée au milieu scolaire qui concerne une grande majorité des enfants et des adolescents. Reformuler? Alors que l'argumentaire et les recommandations vont contre l'idée de dépistages massifs, notamment en milieu scolaire, il est dit que ce milieu doit être une cible prioritaire.
Expert 19	oui, si ce sont des professionnels : IDE, éducateurs...

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 24	proposition en contradiction avec la proposition 7 (milieu scolaire)
Expert 32	milieu scolaire : caractère universel et j'ajouterais " et obligatoire avec un temps passé à l'école important permettant un repérage" j'ajouterais quand même que le médecin généraliste peut sensibiliser les parents au repérage du mal être et des idées suicidaires chez leurs enfants. Notre rôle dans la prévention est aussi dans l'éducation des parents à cette thématique. C'est ce que fait l'école des parents https://www.ecoledesparents.org/ mais je suis convaincue que le médecin de famille doit jouer ce rôle aussi J'ajouterais aussi dans les milieux d'activité extra scolaire : garderie, associations sportives. Il n'est pas rare que l'ado se saisisse de ces lieux pour exprimer son mal être.
Expert 36	Je compléterai juste la phrase comme suit : "dans les milieux où les enfants et les adolescents présentent un sur-risque connu d'idées ou de comportements suicidaires, comme les structures relevant de l'aide sociale à l'enfance, celles relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, mais aussi de façon plus générale toutes structures accueillant les enfants et adolescents présentant des difficultés en lien avec la santé mentale (Rhiannon et al., 2017)."

4. Comment évaluer le risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent ?

Proposition 19

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. Cette formation devrait intervenir à la fois dans le cadre de la formation initiale, mais aussi dans celui de la formation professionnelle continue.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	0	5	32	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	12.50	80.00	2.50

Expert	Commentaires
Expert 10	des professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale s'appellent des équipes de pédopsychiatrie
Expert 15	Il faudrait mieux définir ce que sont les « professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale ». Un psychologue peut-il faire une évaluation du risque suicidaire, aux urgences par exemple ? Encore une fois, le terme de crise suicidaire devrait être définie dans la proposition 2
Expert 16	Il est important que les professionnels soient formés tout au long de leur carrière, et sur toutes les questions relatives à leur quotidien.
Expert 17	Ces formations initiales et continues devraient faire intervenir des professionnels issus de différentes disciplines pour croiser les regards, pour multiplier les prismes.
Expert 24	Définir "crise suicidaire" Préciser dans le "champ de la santé mentale INFANTO-JUVENILE", qui diffère de la santé mentale adulte (cela comprend une bonne connaissance du développement normal psychomoteur et psycho-affectif)
Expert 26	L'évaluation de la crise suicidaire relève-t-elle en pratique systématiquement de la compétence d'un professionnel de santé mentale ? La question se pose particulièrement concernant les urgences, qui ne disposent pas systématiquement ou constamment d'un pédopsychiatre disponible.
Expert 27	Une formation nationale obligatoire en visio permettrait d'homogénéiser les pratiques et l'accès à tous les professionnels du territoire français à la même sensibilisation.

Proposition 20

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

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

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.e 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 en respect du lien de confiance établi avec l¿enfant ou l¿adolescent, 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.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	5	9	23	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.63	0.00	0.00	0.00	13.16	23.68	60.53	0.00

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 7	j'ajouterai: interactions avec sa famille et ses pairs, Y COMPRIS VIA LES RESEAUX SOCIAUX ;
Expert 11	la prise en compte de l'environnement au sens large (école, sports) est peu documenté or ce peut être des lieux de harcèlement ou de surcompétition pouvant mettre à mal l'enfant
Expert 15	Ne faut-il pas être plus tranché et dire qu'il n'y a aucune évaluation du risque suicidaire n'est possible en l'absence d'un entretien complémentaire avec les parents ou un adulte référent (responsable d'une famille d'accueil, éducatrice d'un foyer, pas forcément le titulaire de l'autorité parentale). En pratique on ne fera jamais sortir des urgences un jeune pour lequel nous n'avons pas reçu d'adultes pour compléter notre évaluation.
Expert 16	Rien à ajouter. C'est, à mon sens, une bonne méthode d'intervention et d'analyse.
Expert 17	Prendre en compte l'environnement de l'enfant c'est aussi prendre en compte ses conditions matérielles de vie, les injonctions normatives qui dépassent les familles et les pairs. Je soulignerais l'importance d'avoir conscience que les lieux où la parole est recueillie et le moment où elle est recueillie la façonnent. Par exemple, si certains monopolisent la parole à un instant t, dans un lieu donné, cela ne veut pas dire qu'ils la monopolisent en tous lieux et tout le temps.
Expert 18	De compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale (ou à défaut auprès de professionnels de l'éducation spécialisée du lieu d'accueil de l'enfant ou de l'adolescent) ;
Expert 19	l'entretien avec l'enfant ou l'ado seul doit être la règle ++ "chaque fois que possible" n'est pas assez affirmatif. Supprimer "chaque fois que possible". idem pour le recueil d'info auprès des parents/titulaires de l'autorité parental. Par contre, rajouter "si possible" à la proposition "compléter par d'autres sources d'information" : pendant les vacances scolaires par exemple, le med sco n'est pas joignable, le généraliste ne l'est pas forcément, pareil pendant un weekend !
Expert 21	Toutes ces préconisations sont importantes et bien formulées. Poser les bases de l'alliance thérapeutique (tant avec le jeune qu'avec l'entourage familial) est essentiel, je pense qu'il est souhaitable d'insister encore davantage sur ce point, et pour ceci compléter l'évaluation d'autres entretiens qui permettent de susciter une motivation à un suivi ultérieur, en passant la main au psychothérapeute qui assurera ce suivi et en préparant déjà cette démarche avec le jeune et son entourage. Un bilan de personnalité contenant des tests projectifs peut également être un support très intéressant : une médiation qui aide le jeune à s'exprimer, un

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	outil qui permet d'accéder à des aspects latents de la personnalité du sujet et de problématiques latentes, inconscientes, et susceptible de donner une curiosité sur son monde interne. J'en ai moi-même fait l'expérience dans les hôpitaux Necker - Enfants Malades et Bicêtre (cf. mon livre de Kernier, N. (2015). Le geste suicidaire à l'adolescence. Tuer l'infans. Paris : PUF et mes articles).
Expert 24	rajouter "De compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale" et du référent de l'ASE (nommer ensuite le référent e l'ASE dans chacun des phrases qui le nécessite "travailler l'évaluation avec l'entourage familial" et le cas échéant le référent de l'ASE...) Etre attentif au fait que "adapter l'évaluation au niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent" n'est faisable que par un professionnel de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent > dans de nombreuses situation d'urgence l'évaluation pédopsychiatrique est menée par un psychiatre d'adulte , un professionnel paramédical issue de la psychiatrie d'adulte, quand ce n'est pas tout simplement un interne qui a la charge de ces situations urgentes.
Expert 26	Je suggère pour l'alinéa 2 d'écrire : "auprès de l'entourage, en premier lieux les parents ou autres titulaires de l'autorité parentale"
Expert 30	je modifierais dans ce sens : d'y consacrer SYSTEMATIQUEMENT au moins un entretien avec l'enfant ou l'ado seul
Expert 32	Je préciserais que ces entretiens différés = ces RDV doivent être posés avant la fin de l'entretien initiale. Concrètement l'ado part avec une date et une heure de RDV précis en pratique ça limite largement les perdus de vus je trouve
Expert 36	Je compèterai juste mes phrases comme suit : - "De compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale" (importance d'impliquer la mère mais aussi le père)" ; - "Chaque fois que nécessaire, de compléter l'évaluation initiale par d'autres entretiens différés sur une période de un an et dont le délai d'organisation doit être inversement proportionnel au niveau d'urgence et de vulnérabilité estimé."

Proposition 21

Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents soient contactés, et en dehors des situations où un tel contact serait contre l'intérêt de l'adolescent, le clinicien est tenu de respecter son choix après s'être efforcé de le convaincre par tous les moyens possibles. Il est rappelé qu'en cas de risque vital imminent, le clinicien est tenu de prendre toutes les mesures

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

nécessaires pour sauvegarder la santé et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	0	2	2	1	1	7	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	7.50	0.00	0.00	5.00	5.00	2.50	2.50	17.50	55.00	5.00

Expert	Commentaires
Expert 2	S' appuyer éventuellement sur un adulte-ressource de l'entourage de l'adolescent désigné par lui avec son accord.
Expert 7	QUESTION de forme: P19 utilise le terme: professionnel, ICI on parle de "clinicien"
Expert 8	il me semble toujours utile de voir les parents sauf cas avéré de maltraitance et encore, cela serait aussi utile de se faire un avis propre et si maltraitance avérée il me semble que c'est médico légal de les informer que le professionnel est alors tenu de faire une IP
Expert 10	phrase paradoxale ? il faut prévenir les parents, les pédopsychiatres et leur équipe savent le faire.
Expert 15	La notion de « risque vital imminent » est trop flou pour être opérante. En pratique contacter les parents est par exemple indispensable pour conduire le jeune aux urgences pour compléter une évaluation du risque suicidaire qui aurait été partielle. Je ne crois pas qu'il faille convaincre un enfant « par tous les

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	moyens possibles ».
Expert 16	l'adhésion du mineur est la pierre angulaire d'une intervention adaptée. Si le mineur ne souhaite pas que ses parents soient avertis, il s'agit dans un premier temps de respecter ce choix et de le travailler si nécessaire. Il paraît important de souligner qu'en aucun cas il ne faut mentir au mineur sur ce que le professionnel va faire dans son intervention.
Expert 19	Difficile... Beaucoup de trop de nuances possibles Comment évaluer le risque suicidaire sans avoir le retour d'un parent, comment s'assurer que le jeune vienne à une consultation post-urgence si le cadre parental ne va pas faire en sorte qu'il vienne si lui ne veut pas Comment évaluer les facteurs environnementaux ? Si la structure familiale peut être aidante
Expert 21	Respecter le rythme propre au jeune est essentiel, ainsi que ne pas trahir sa confiance auprès des professionnels de santé. Il peut falloir du temps avant que le jeune soit prêt à s'ouvrir à ses parents sur ses idées / acte suicidaire, ce temps est à respecter avec des entretiens suffisamment fréquents qui permettent d'élaborer cette démarche tout en veillant à la sécurité du jeune.
Expert 22	En cas de doute sur la sécurité de l'enfant ou du jeune, le clinicien devrait pouvoir contacter les parents.
Expert 24	préciser que parmi le "risque vital imminent", le risque est organique autant que la répétition suicidaire. La notion de "prendre toutes les mesures nécessaires pour sauvegarder la santé et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent" apparaît peu concrète pour un professionnel non aguerri. Cette notion gagnerait à être précisée.
Expert 26	Je suis en désaccord avec cette recommandation, qui est au minimum très mal formulée (en particulier la première phrase) Si un adolescent mineur consulte pour des idées suicidaires, et qu'il ou elle refuse que ses parents soient contactés, je pense qu'on est presque automatiquement dans une situation suspecte de risque vital. Dans un cas de ce type il est généralement impossible d'évaluer le contexte conformément à la recommandation précédente. Je pense qu'il faut revoir l'écriture de cette recommandation.
Expert 28	Même la loi n'est pas claire: art 1111-5 du code de santé publique: "Par dérogation à l'article 371 § 1 du Code civil le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	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."
Expert 32	je trouve que ce paragraphe qui touche un point sensible n'est pas assez concret. Cela peut se lire comme "l'ado peut refuser mais le MG doit empêcher qu'il mette fin à ses jours". ça peut faire très peur au clinicien... Je proposerais : Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents soient contactés, le clinicien est tenu de respecter son choix SAUF en cas de risque vital imminent où l'obligation d'assistance prend le dessus sur le secret professionnel. Dans tous les cas le clinicien doit s'efforcer de convaincre l'adolescent d'informer ses parents par tous les moyens possibles.
Expert 34	Indicateurs dont la familles: https://www.infosucide.org/guide/que-faire-quoi-faire/enfant/
Expert 36	Ce sujet est débattu et n'est pas consensuel entre les cliniciens. La stratégie la plus efficace consiste à accepter de recevoir une première fois l'adolescent mineur et de lui rappeler l'existence d'un cadre médico-légal obligeant qu'au deuxième entretien les parents soient informés. très eu de refus d'adolescents son alors observés car une "accroche" clinique a pu d'ores et déjà être établie et facilité l'accord de l'adolescent à ce que nous contactions les parents

Proposition 22

. Le RUD (Risque $\hookrightarrow$ Urgence $\hookrightarrow$ Dangérosité) a été un outil central de la progression de la prévention ciblée du suicide en France sur les 20 dernières années. Vecteur fort d'acculturation et de sensibilisation, il a fourni un guide de structuration de l'évaluation de la crise suicidaire et offert les éléments de langage clinique sur lequel fonder des référentiels partagés de bonnes pratiques. Néanmoins, des confusions peuvent exister dans l'interprétation de ses différentes dimensions et dans leur signification pour le clinicien. En particulier, la notion de risque est polysémique et sa pertinence dépend largement de la perspective temporelle dans laquelle elle s'inscrit. Or, tandis que le « R » renseigne le clinicien sur le risque qu'une personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme, le « UD » l'informe davantage sur la probabilité que cette personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. Par conséquent l'un et l'autre ne devraient pas avoir le même poids dans l'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent.

Afin de clarifier ces deux dimensions évaluatives, il est proposé de distinguer (AE) :

$\hookrightarrow$ 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.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

La vulnérabilité suicidaire qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/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.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	0	1	10	22	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.63	0.00	2.63	0.00	5.26	0.00	2.63	26.32	57.89	2.63

Expert	Commentaires
Expert 7	sur la forme, c'est trop long
Expert 15	J'ai l'impression qu'il s'agit d'un contre sens. Si je suis d'accord que « L'urgence suicidaire [] correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. ». La décision quant à la prise en charge en aigue ne repose toutefois pas que sur les aspects de l'urgence mais aussi beaucoup sur le risque théorique (que vous appelez vulnérabilité). Par exemple, le même ado de 16 ans suicidaire ne va avoir la même évaluation du risque suicidaire si l'un des 2 jeunes a son grand-père et père décédé par suicide ! C'est tout le sens de la mise en perspective des aspects comportementaux avec l'histoire du sujet. Les termes risques cliniques et théoriques me paraissent plus appropriés.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 16	Cette distinction est intéressante et apparaît adaptée aux diverses situations
Expert 26	Cette recommandation me paraît peu synthétique et sera je pense difficile à comprendre pour des professionnels non spécialistes du sujet. Si les experts souhaitent collectivement remplacer les principes du RUD par ceux d'Urgence/Vulnérabilité il faudrait je pense être plus direct à ce sujet. Je ne suis pas sûr d'approuver la façon dont sont décrits les principes du RUD, car le "R" me semble évaluer un risque suicidaire, dont l'urgence est ensuite précisée "U", ainsi que la dangerosité "D": les 3 aspects ne me semblent pas dissociés en 2. Les experts proposent que soit évaluée la probabilité qu'une personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme (appelée ici "vulnérabilité suicidaire"), je pense que cela est très difficile. Il faudrait à mon sens faire également figurer le fait que les enfants et les adolescents ne sont pas psychologiquement transparents, j'entends par là que leurs propos ne décrivent pas toujours bien la réalité de leur pensée et de leurs comportements. Il me paraît important que l'attention des cliniciens soit attirée sur la perception de l'ambiance et plus globalement du contexte relationnel.
Expert 30	dans l'argumentaire, les troubles disruptifs ne sont pas définis (en tant que médecin généraliste, je ne sais pas de quoi il s'agit).
Expert 32	bcp trop lourd et peu compréhensible en pratique clinique. Je proposerais : Le RUD (Risque ∫ Urgence ∫ Dangerosité) a été un outil central de la prévention ciblée du suicide en France depuis 2000 et doit s'utiliser dans sa globalité : le « R » renseigne le clinicien sur le risque qu'une personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme, le « UD » l'informe davantage sur la probabilité que cette personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. Afin de clarifier ces deux dimensions évaluatives, 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 et/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.
Expert 36	Je propose de rajouter le paragraphe suivant juste après le premier paragraphe :

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	"De plus, le RUD est outil offrant une évaluation qualitative conduite par les professionnels du soin, et une auto-évaluation quantitative réalisée par l'enfant ou adolescent peut apporter des informations complémentaires importantes où il(elle) exprime habituellement plus facilement ses idées suicidaires que dans le cadre d'un entretien clinique (voir référence 2020 de la thèse du Docteur M. Thépaut comparant l'évaluation initiale de 64 enfants et adolescents suicidaires de moins de 16 ans réalisée au moyen du RUD et de l'auto-questionnaire BSS)
Expert 40	Évaluation Bien que je sois d'accord avec vos propositions quant à l'évaluation, je crois que certaines distinctions pourraient être plus spécifiques. Voici quelques commentaires Distinction entre : 1) l'urgence suicidaire et la vulnérabilité suicidaire 2) la vulnérabilité et l'état de crise. Distinctions urgence/ vulnérabilité suicidaire Selon vos propositions « 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 ». S'agit-il d'une évaluation ou de deux évaluations distinctes : d'évaluer l'imminence et la létalité du passage à l'acte et les facteurs/événements qui ont généré la crise actuelle? Comme l'intervention sera potentiellement différente, il peut y avoir des avantages à distinguer ces deux éléments. La littérature actuelle tente de distinguer les facteurs de risques (distaux et proximaux) pouvant contribuer à la vulnérabilité (ou à un état vulnérable), des dimensions pouvant mieux déterminer de l'évaluation de l'imminence du passage à l'acte suicidaire (potentiellement l'état de crise). Ces dimensions sont importantes puisqu'elles distinguent entre les facteurs de risques qui peuvent donner une indication de la vulnérabilité et les dimensions qui permettent de mieux identifier la prévisibilité/ probabilité/ l'imminence du passage à l'acte. Sachant que la prévisibilité du passage à l'acte est extrêmement difficile à établir (Bergman 2017). Urgence Pour ce qui est de l'urgence les informations quant à l'élaboration du scénario suicidaire (ou, quand, comment) ne semble pas distinguer entre les personnes qui feront un passage à l'acte de celle qui ne feront pas de passage à l'acte. Il semble donc que des indicateurs sur l'état cognitifs de la personne en détresse seraient de meilleurs prédicateurs. Yassen (2014) définit trois dimensions cognitives spécifiques avant le passage à l'acte suicidaire :

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	1. Un sentiment de désespoir frénétique qui se caractérise par un état d'être piégé ; 2. Une rumination cognitive incessante de pensées incontrôlables, qui submergent et qui accablent l'individu, donnant l'impression que la tête va éclater ; 3. Un état d'anxiété et de panique. Yaseen Z, Katz C, Johnson M, Eisenberg D, Cohen L, et al. (2010) Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. British Medical Psychiatry 10: 110 Yaseen ZS, Gilmer E, Modi J, Cohen LJ, Galynker II (2012) Emergency Room Validation of the Revised Suicide Trigger Scale (STS-3): A Measure of a Hypothesized Suicide Trigger State. PLoS ONE 7: e45157. Joiner (2010) propose que vulnérabilité au suicide serait plus grande chez les personnes ayant des pensées spécifiques dont deux en particulier : le sentiment de ne pas appartenir à leur groupe social et le sentiment d'être un fardeau pour les autres. Lorsque ces pensées cognitives se combinent elles génèrent un « désir suicidaire » qui pourra progresser vers l'idéation suicidaire et enfin vers un passage à l'acte. La présence répétitive de ces idées et les tentatives répétées de se blesser et se faire du mal physiquement favorise ce que Joiner appelle la « compétence suicidaire ». 1. Sentiment d'être un fardeau ou un poids pour les autres 2. Sentiment de ne pas être connectés aux autres 3. Avoir développé une « résistance » ou une capacité de tolérer la peur et la douleur associé au passage à l'acte Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and Duration of Suicidal Crises Vary as a Function of Previous Suicide Attempts and Negative Life Events. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 909-916. Voir document joint pour tout le texte
--	---

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

Proposition 23

↳ L'évaluation de l'urgence suicidaire, intégrant :

- ↳ appréciation du niveau de souffrance ou de douleur psychologique ;
- 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 ;

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

- 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, en particulier chez l'enfant.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	8	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.13	20.51	74.36	0.00

Expert	Commentaires
Expert 7	On voit se dessiner une démarche qui s'applique bien aux urgences pédiatriques: repérage par non-psychiatre: BITS (P13) évaluation niveau de base: volet ici UD du RUD (23); volet R du RUD dans la P suivante évaluation spe: CSSRS avec sa valeur prédictive (cf. Gipson 2015 et autres ref)
Expert 15	Confirme le fait que l'intentionnalité est importante à évaluer même si cela est

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	complexe (cf proposition 2)
Expert 16	rien à dire de plus. En effet, ne jamais sous-estimer une urgence suicidaire, ni même une idée suicidaire. Le simple fait qu'un enfant pense à disparaître, doit alarmer...
Expert 17	Est-il nécessaire de dire qu'il s'agit de l'appréciation du niveau de souffrance ou de douleur psychologique? Est-ce vraiment de cela qu'il s'agit ? N'est-ce pas plutôt la question de l'évaluation de la mise en danger de la personne ?
Expert 19	il est recommandé de ne jamais sous-estimer l'urgence suicidaire, en particulier chez l'enfant. --> A REFORMULER On ne doit PAS sous estimer l'urgence suicidaire Rajouter dans l'évaluation : l'inquiétude des proches/parents en particulier,
Expert 32	sur ce paragraphe au niveau mise en page je soulignerais ou mettrais en gras "l'évaluation de l'urgence suicidaire" pour plus de lisibilité

Proposition 24

¿ 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 particulièrement attentif à l'existence d'un trouble dépressif, d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou d'un trouble disruptif.
- ¿ 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 psychoaffectives et comportementales : impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement ;
- ¿ Le recours aux automutilations ;
- ¿ L'existence d'un harcèlement ;
- ¿ Les antécédents et contextes négligences, de maltraitance et violences psychologique, physiques et/ou sexuelles ;
- ¿ 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,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire,

↳ 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 productives : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire ;

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	2	3	7	25	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.56	2.56	5.13	7.69	17.95	64.10	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Le harcèlement est un élément à souligner car il est davantage qu'un facteur de vulnérabilité parmi d'autres. Il est dans bien des cas un déclencheur de l'acte suicidaire.
Expert 7	Soutien social à mettre en ++++ facteur essentiel Facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire, ↳ Spiritualité : retirer = croyances religieuses

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	Les stratégies de coping à évaluer selon la pathologie: retirer productives. On sait que cet adjectif est adapté à la dépression, mais pas au trouble borderline (Knafo 2015). cette étude a montré que la valence "productive" est fct de la pathologie
Expert 8	la qualité du réseau amical me paraît aussi un facteur de protection
Expert 11	On parle peu des réseaux sociaux. Ils participent au harcèlement
Expert 15	Le terme de « trouble disruptif » n'existe pas. Il vaut mieux repérer l'existence de symptôme psychotique ou d'un trouble du comportement alimentaire dont le risque de TS en cas d'idées suicidaires associés est plus fortement établis que pour les troubles des conduites. Pour les facteurs de risque il faudrait aussi mentionner : maladie somatique de l'enfant, handicap, événement de vie de rupture (divorce, changement de mode de garde, placement) Globalement, il serait intéressant de proposer une classification plus claire de ces facteurs de risques
Expert 16	Cette approche me semble complète. Pour autant, une personne peut attenter à ses jours tout en ayant les facteurs de protection les plus renforcés possibles. Aussi, ne pas se limiter à cela.
Expert 17	Certains passages comportent une part de normativité qui me semble ici préjudiciable. Penser que les conflits familiaux VS la cohésion familiale seraient des facteurs de risque ou de protection me semble réducteur et simplificateur. Il faut penser par exemple la question de l'intégration sociale et celle de la régulation sociale. Je renverrai ici aux travaux d'E. Durkheim et à ceux de C. Baudelot et Estabiet sur le suicide qui tâchent de montrer finement les liens notamment entre famille et taux de suicide mais pas que. S'ils ne cherchent pas encore une fois à penser les cas individuels, leurs analyses permettent de prendre ses distances avec d'autres qui penseraient les situations de crise notamment comme favorables au suicide. Ce qui n'est pas nécessairement le cas. Dans sa typologie des cas de suicides, Durkheim évoque par exemple le suicide altruiste qui concerne des cas de suicides en contexte d'excès d'intégration sociale / le suicide fataliste qui concerne des cas de suicides en contexte d'excès de régulation sociale. A l'aune de cette typologie, il apparaît aussi clairement que la spiritualité et les croyances religieuses peuvent jouer à double sens.
Expert 19	Manque pour les facteurs de risque - les TSA - le harcèlement scolaire pour les facteurs de protection : un suivi déjà existant

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 21	Peut-être insister davantage sur les facteurs de protection familiale lorsque la famille est capable de reconnaître la gravité de l'acte (le contraire de la banalisation) et d'exprimer de l'empathie, de reconnaître la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent. Quand ces aptitudes manquent, le travail thérapeutique incluant la famille vise à les développer. cf. mon écrit dans mon livre de Kernier, N. (2020). Le suicide. Paris : PUF, coll. Que sais-je? (cf. PDF en pièce jointe)
Expert 27	Il manque des facteurs de risque (d'autant plus au regard de certains enjeux sociétaux actuels): - Un questionnement ou des conflits liés à l'orientation sexuelle/ genre, L'homosexualité ou la bisexualité multiplierait par un facteur de 2 à 6 le risque de tentative de suicide (Fergusson, Horwood, et Beautrais 1999), (Daniel Marcelli et Braconnier 2008). Le questionnement lié à l'orientation sexuelle est retrouvé particulièrement parmi les adolescents suicidants. Dans l'étude de F. Davidson et M. Choquet, 12% des adolescents suicidants ont eu des relations homosexuelles (versus 1,5% de la population générale) (Davidson et Choquet 1981). - La perturbation des interactions précoces mère-enfant (Gimenez 2010), Elles prennent en compte toutes les situations où les interactions comportementales, affectives ou fantasmatiques du bébé et de ses différents partenaires notamment sa mère, ont pu être perturbées du fait soit d'un excès de stimulations, soit d'un manque de stimulation (dépression maternelle (lors de la grossesse ou du postpartum), abandon, carence...), soit de leur caractère paradoxal, brouillant la communication (trouble psychiatrique ou de personnalité de la mère...). Le bébé, au travers de son système interactif précoce ressent intuitivement la dépression de sa mère. Ces interactions vides de sens peuvent le déprimer en retour - Les antécédents de difficultés périnatales, Par difficultés périnatales, on entend toutes les troubles survenus alors que l'enfant n'était qu'un nourrisson. Selon les études de Granow et de J.A. Jeffcoate, les difficultés périnatales sont deux fois plus fréquentes parmi les enfants suicidants (Jeffcoate, Humphrey, et Lloyd 1979)
Expert 32	même remarque de forme mettre en gras "l'évaluation de la vulnérabilité suicidaire" Faute de frappe "les antécédents et contextes DE négligences, de maltraitances.." plus loin faut d'orthographe "violences psychologiques " (les violences physiques et sexuelles étant au pluriel) je remplacerais "inferé" par "tiré d'une intégration des facteurs..." "dont les éléments de preuve sont les plus robustes et les tailles d'effet les plus

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	importants" ok mais esite cela n'est pas précisé dans les items... Donc soit on le met à chaque item en dessous soit on ne donne pas cette précision qui ne pourra être utilisé en pratique par tous les cliniciens qui ne sont pas des experts du suicide... Je pense qu'il faudrait plutôt retirer toute la phrase "il est préconisé de procéder [...] les plus importants" et éventuellement (mais pour moi pas nécessaire) d'indiquer à la place " Ces facteurs ne sont pas tous identiques en terme de robustesse et d'effet" et d'ajouter éventuellement une référence si certains veulent aller plus loin. Enfin je déplacerai ce qui est écrit en fin de paragraphe au début de celui ci ("l'ensemble des F de risquese t de protection cités sont identifiés...." plutôt que de les mettre juste sous l'item spiritualité) . Cela gagnerait en lisibilité et est valable pour tous les items, pas que pour la spiritualité. Je rajouterai dans les F de risque : le contexte socioéducatif : jeune en errance, descolarisé, placer à la protection de l'enfance Je rajouterai dans les facteurs de protection familiaux comme cela est indiqué dans l'argumentaire "supervision parentale" car c'est un sujet qui revient fréquemment dans les consultations Enfin il n'apparaît nulle part les FACTEURS PRECIPITANTS (évoqué en p65 de l'argumentaire) : évènement de vie récent (rupture, perte d'un proche), exposition au suicide (média, école, famille), échéance génératrice de stress (examens, procès...)
Expert 36	1) Dans les facteurs de risque, je rajouterai les précisions suivantes : - L'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance. Chez l'enfant, le clinicien doit être particulièrement attentif à l'existence de troubles anxio-dépressifs, d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou d'un trouble disruptif. - Le recours aux automutilations (incluant les scarifications); - L'existence d'un attachement insécure - L'existence actuelle ou passée d'un harcèlement ; 2) Dans les facteurs de protection : 2.1 je ferai passer la "spiritualité et croyances religieuses" dans les "stratégies de coping" comme c'est le cas dans le questionnaire de coping de Vitaliano ; 2.2 Je remplacerai ""stratégies de coping productives" par "stratégies de coping efficaces" 2.3. Je rajouterai après les "stratégies de coping" la phrase suivante : "Alliance thérapeutique de qualité" 2.4. Je ferai passer le paragraphe suivant à la fin des "facteurs de protection": "L'ensemble des facteurs de risque et de protection cités sont identifiés sur la

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	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."
Expert 37	au vu du poids de ce facteur précis, il serait important de "remonter dans la liste" la mise en évidence de psychotraumatismes +++ en 4ème position selon moi...
Expert 40	Voir document joint

Proposition 25

¿ L'évaluation de la dynamique évolutive de la crise suicidaire actuelle

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	0	7	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.56	2.56	2.56	0.00	17.95	74.36	0.00

Expert	Commentaires
Expert 15	Indispensable de détailler cet item en incluant les aspects de la dynamique familiale : Sensibilité aux signaux annonciateurs, réaction face à l'évocation des idées ou découverte du geste (banalisation, rationalisation, agressivité envers le jeune),

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	capacité de contenance et de pare-excitation, accompagnement vers des soins, capacités à mettre en œuvre des mesures de protection (sécuriser l'environnement) et de soin (traitement symptomatique d'appoint)
Expert 16	Il semble important d'évaluer l'évolution de la crise
Expert 17	Le fait de réinscrire ces conduites, pratiques dans le temps me semble indispensable.
Expert 27	definir la crise suicidaire La notion de crise suicidaire est une conception psychodynamique du suicide. Il s'agit d'un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant, résultant d'une perturbation du système de régulation qui assure la continuité et l'intégrité de l'être. Le geste suicidaire s'inscrit dans le déroulement de la crise comme une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie.
Expert 32	je comprends mal ce qu'il y a sous cet item... j'y vois soit une évaluation du processus de la crise suicidaire avant la consultation de dépistage mais j'y vois aussi des réévaluations possibles par des cs répétés je ne trouve pas d'info claire dans l'argumentaire
Expert 36	Je compléterai la proposition 25 comme suit : Lors de l'évaluation initiale, des outils peuvent être utiles comme la BSS (Beck's Suicide Scale) permettant de prédire significativement le risque suicidaire à un mois de la crise suicidaire et la BIS-10 (échelle d'impulsivité de Baratt) permettant de prédire significativement le risque suicidaire à un an (voir référence 2020 de la thèse du Docteur M. Thépaut portant sur l'étude prospective de 64 enfants et adolescents suicidaires sur un an. Enfin, une méta-analyse et plusieurs recherches chez les enfants et adolescents ont mis en évidence une coévolution entre l'amélioration de l'alliance thérapeutique et la diminution du risque suicidaire (Dunster-Page et al., 2017 ; Rubel et al., 2018 ; Schley et al., 2012)

Proposition 26

¿ 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.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	7	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	0.00	18.42	78.95	0.00

Expert	Commentaires
Expert 16	Cela est important aussi. Pas de remarque sur ce point
Expert 17	Cette évaluation doit être articulée à la compréhension des rapports situés socialement des enfants et des adolescents au langage, à la prise de parole, à la mort.
Expert 34	Idem

Proposition 27

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 nécessaire, ni suffisante à l'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	7	27	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.56	2.56	2.56	17.95	69.23	5.13

Expert	Commentaires
Expert 7	retirer ce mauvais message: "En d'autres termes, l'utilisation d'outils validés standardisés n'est ni nécessaire" RESTONS COHERENT/ l'eval standard s'integre ds une eval clinique sans s'y substituer Par ailleurs, l'utilisation de la CSSRS devrait être être soulignée compte tenu des publi qui en montre l'intérêt predictif (Gipsn 2015 cité ds argumentaire, King 2019 en pj)
Expert 8	oui c'est l'examen clinique qui prime
Expert 16	Le "ni nécessaire" me parait quelque peu hasardeux. Que les outils ne soient pas suffisants est une chose, en revanche ils sont nécessaires et permettent de s'affranchir des biais relationnels (transfert et contre transfert par exemple)
Expert 21	Les entretiens cliniques permettant un abord psychodynamique ne sont pas non plus à négliger. Il s'agit de : - contenir les angoisses et les affects, et favoriser l'émergence de représentations porteuses de sens qui puissent être reliées à ces affects - permettre au sujet de donner un sens à son acte, afin que les pensées et les représentation prennent le relais et donc d'éviter les répétitions - favoriser des remaniements psychiques et accroître une souplesse de fonctionnement pour élargir les possibles et accroître les ressources pour faire face aux conflits (ce qui va de pair avec une meilleure tolérance au sentiment de perte et de frustration) - éveiller une curiosité pour la vie psychique et motiver à un intérêt pour un travail

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	psychothérapeutique suffisamment engageant
Expert 36	Je propose d'apporter les modifications suivantes : 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 ou de la Beck's Suicide Scale ou encore de l'échelle d'impulsivité de Baratt, peuvent en guider la conduite, mais ne sauraient s'y substituer (AE). En d'autres termes, l'utilisation d'outils validés standardisés n'est pas suffisante à l'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent. Attention, j'ai enlevé "ni nécessaire" dans la phrase "l'utilisation d'outils validés standardisés n'est ni nécessaire, ni suffisante" car ces outils s'ils sont en effet non suffisants sont par contre nécessaires pour objectiver certains aspects de l'évaluation et apporter des indicateurs de suivi.
Expert 40	Voir réponse précédente

5. Comment orienter ?

Proposition 28

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 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 ».

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	1	8	25	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.13	5.13	2.56	20.51	64.10	2.56

Expert	Commentaires
Expert 1	Je ne suis pas certain qu'il faille positionner le dispositif avant le médecin. Professionnel de santé parait un thème bien trop vague dans un tel contexte avec un hiatus des plus importants entre urgence et professionnel. Bien situer la place et le rôle du médecin traitant comme le recours du psychiatre. Les dispositifs doivent être en lien et une possibilité graduée
Expert 4	les professionnels de santé de première ligne formés
Expert 6	sur le principe ok mais la disponibilité réelle des structures et ou des personnels nécessite le renforcement en personnel.... qu'elle est l'estimation des moyens nécessaires?
Expert 8	le principe de systématiser une semaine d'hospitalisation après une TS chez l'enfant et l'adolescent nous a bien aidé en pratique dans la CAT et dans nos liens avec les réseaux pour souligner la gravité du passage à l'acte. Je regrette que cela n'apparaisse plus en tant que tel.
Expert 16	Cette méthode est claire et relève de l'évidence. Je pense que cela est d'ores et déjà fait dans ce sens aujourd'hui.
Expert 17	Cette recommandation doit être selon moi à manier avec précaution au sens où la prise en compte du point de vue des enfants et des adolescents peut rendre une telle recommandation contreproductive? La question ici de l'alliance nouée avec eux est importante.
Expert 19	Pas "recommandé" mais IMPERATIF
Expert 20	je regrette que l'évaluation à ce stade ne soit pas clairement spécifiée comme relevant du champ d'un avis psychiatrique .
Expert 24	En réalité l'accès à des soins psychiques en urgence ou semi urgence est un sacerdoce...
Expert 26	Cette recommandation paraît contradictoire avec la R. 19, qui stipule que l'évaluation de la crise suicidaire relève de professionnels de santé mentale.
Expert 30	Peut être préciser que par "première ligne", nous entendons : infirmière ou

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	médecin scolaire, MG, pédiatre ?
Expert 32	il faut absolument préciser l'implication des parents à cette étape là. Par exemple : En cas d'inquiétude sur un passage à l'acte imminent ou après une TS l'information des parents est obligatoire mais doit être amenée dans la bienveillance et un climat de confiance entre l'ado et le clinicien. L'ado doit alors être conduit dans un service d'urgence par ses parents ou les secours. Pour les autres situations, il faut tenter de convaincre l'ado de nous laisser informer ses parents et l'orienter vers un dispositif de 1e ligne.

Proposition 29

Il est préconisé 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 entre l'ensemble des acteurs sanitaires, médicosociaux et associatifs mobilisés, selon une structuration 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, la médecine scolaire, les psychologues ou les Maison des Adolescents ;

- une deuxième ligne spécialisée, capable d'assurer le soin et l'accompagnement des enfants et des adolescents suicidant ou suicidaires. Relèvent par exemple de la deuxième ligne les psychiatres libéraux, les centres médico-psychologiques ou encore les services hospitaliers spécialisés.

Il est à noter qu'en fonction des contextes territoriaux, certains professionnels et dispositifs peuvent relever à la fois de la première et de la deuxième ligne. C'est en particulier le cas pour les psychologues, les psychiatres libéraux ou les Maison des Adolescents.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	8	25	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	2.70	21.62	67.57	2.70

Expert	Commentaires
Expert 1	Vigilance quant à la gradation de ces parcours. Le territoire ne doit pas changer le niveau de recours, la maison des adolescents voire les psychologues peuvent être un premier recours mais pas un second recours. S'il n'existe pas sur le territoire il doit être recherché sur le territoire d'à côté dans l'attente des outils de la télémédecine
Expert 2	Et il est important que les acteurs aient de bonnes relations entre eux, approfondies et si possible d'estime réciproque afin de favoriser le sentiment de confiance de l'adolescent
Expert 5	Je souhaiterais qu'il soit mentionné que dans la Vienne (86) au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent un numéro d'urgence à destination des professionnels en charge des adolescents (dont les médecins généralistes) leur a été communiqué et qu'il met en relation ces professionnels avec une infirmière de coordination de l'urgence qui constitue une première ligne de réponse et qui au besoin transfère l'appel au pédopsychiatre d'astreinte qui intervient aux services des urgences. À noter que j'ai participé à l'étude de validation de la BITS par ailleurs.
Expert 11	Au travers de cette recommandation se pose la question du financement: - du psychologue dans le cadre de la première ligne - du psychiatre libéral dans le cadre de la deuxième ligne
Expert 16	Ces préconisations dépendent également des moyens mis en place sur les territoires. En Creuse, trouver un pédopsychiatre relève de l'impossible par exemple
Expert 17	La dimension territoriale de ces parcours est essentielle. Leur identification et routinisation ne doivent pas nuire à la prise en charge ni contribuer à l'émergence d'inégalités.
Expert 19	Pourquoi les CMP ne sont-ils pas mentionnés ?????

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 20	les services hospitaliers spécialisés "en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent "
Expert 21	Nous gagnerions à souligner davantage l'importance de liens avec le thérapeute pressenti déjà durant l'hospitalisation, pour créer déjà une alliance avant la fin de l'hospitalisation. Si l'on se contente de donner une adresse, il est fort probable que le jeune ne s'y rende pas. D'après l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (2004), la moitié des adolescents suicidants n'adhère pas au suivi proposé après la sortie de l'hôpital. La « peur de parler de choses douloureuses », « ne pas en ressentir le besoin » et « ne pas connaître le thérapeute indiqué » sont les raisons les plus fréquemment invoquées. D'où l'importance du travail de préparation préalable à cette démarche. Nous pouvons nous poser ces questions : cherche-t-on à modifier un comportement ou modifier une personne ? La seule comptabilité de récurrences et de symptômes ne s'avérerait-elle pas stérile si l'on ne tient pas compte d'une nouvelle observation en finesse du fonctionnement psychique ? Nous sommes d'accord avec F. Ladame lorsqu'il affirme qu'empêcher une issue fatale est essentiel mais que pronostiquer l'avenir en tablant uniquement sur les récurrences est insuffisant. Je l'ai expérimenté moi-même dans ma propre activité clinique à l'hôpital Necker - Enfants Malades. « Ce qui est fondamental, pour tous les adolescents qui ont fait une tentative de suicide, c'est l'aboutissement de leur adolescence, c'est de savoir comment ils seront parvenus ou non à déjouer les pièges dans lesquels les enferment leurs mécanismes de défense et leurs relations aux objets internes comme aux figures significatives de leur entourage » (Ladame, 1981, p.59). Références : CHOQUET, M. & GRAMBOULAN, V., 2004, Les jeunes suicidants à l'hôpital (Inserm & Fondation de France), Paris, EDK LADAME, F., 1981, Les tentatives de suicide des adolescents, Paris, Masson
Expert 33	Les référentiels de pratiques des acteurs associatifs sont très hétérogènes, parfois avec un potentiel de nuisance, comment est-il prévu d'identifier ceux qui doivent ou non faire parti du réseau ? De même pour les libéraux, est-il possible de créer un réseau de professionnels spécifiquement formé ?
Expert 36	Je compléterai juste la phrase comme suit : une deuxième ligne spécialisée, capable d'assurer le soin et l'accompagnement des enfants et des adolescents suicidant ou suicidaires. Relèvent par exemple de la deuxième ligne les psychiatres libéraux, les centres médico-psychologiques, les équipes mobiles en psychiatrie ou encore les services hospitaliers spécialisés.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 30

Par ailleurs, le numéro national de prévention du suicide annoncé par le Ministère des Solidarités et de la Santé pourrait constituer une ressource structurante pour guider l'orientation des enfants et des adolescents suicidaires et suicidants. (AE)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	3	4	3	6	18	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	5.13	7.69	10.26	7.69	15.38	46.15	7.69

Expert	Commentaires
Expert 1	Premier niveau voire avant le premier niveau si ça existe
Expert 2	Oui, surtout s'il s'agit d'une personne formée et bienveillante;
Expert 8	il faut voir comment il est utilisé , par qui et avec quelles réponses A évaluer
Expert 16	Ce numéro pourrait faire l'objet d'une campagne de sensibilisation dans tous les lieux recevant du public et des enfants! Il devrait être aussi connu que le 119
Expert 17	Ce numéro doit être affiché dans tous les lieux de circulation et de présence des enfants et adolescents.
Expert 19	Encore une fois, si les CMP avaient les moyens de fonctionner correctement, les médecins généralistes, IDE scolaires... etc utiliseraient les CMP comme lieu de

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	recours et d'orientation ! C'est parce que les CMP sont sur-saturés que les médecins, les IDE scolaire, les MDA (etc..) ne savent pas où adresser les enfants qui vont mal.
Expert 22	Ce numéro devra être largement diffusé et notamment dans les collèges et lycées.
Expert 27	Il faut utiliser les réseaux sociaux également.
Expert 28	Dans ma pratique je n'ai jamais eu besoin ou utilisé des numéros nationaux. Comment pourra-t-on être sûr des réponses adaptées à chaque région/département? Même localement nous ne sommes pas toujours au courant de toutes les ressources, moyens à notre disposition.
Expert 31	effectivement un numéro pourrait mais outil difficile à obtenir ou mettre en action dans l'urgence

6. Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ? 6.1. Cadre professionnel et relationnel.

Proposition 31

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 des urgentistes et des psychiatres. Il préconise 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.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	0	3	29	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.78	0.00	2.78	0.00	0.00	8.33	80.56	5.56

Expert	Commentaires
Expert 10	Pédopsychiatres
Expert 15	Un mot pour l'importance de la formation des IDE qui accueillent en première ligne ces jeunes.
Expert 16	Rien à ajouter
Expert 17	Il pourrait être bien de mentionner l'importance d'une non stigmatisation des jeunes suicidants ou suicidaires dans les services non psychiatriques.
Expert 19	Il serait intéressant de développer des urgences pédopsychiatriques au sein des services d'urgences pédiatriques
Expert 28	Suite à un poste de 13 ans comme PH de pédiatrie dans un service d'urgences pédiatriques d'un hôpital hors CHU, je peux affirmer que la responsabilité (vu le manque de temps pedopsy) de l'hospitalisation repose sur le pédiatre/urgentiste seul.
Expert 32	"il préconise par conséquent" - j'aurai plutôt mis "cela préconise..."
Expert 35	Il y a rarement des psychiatres aux urgences pédiatriques donc il est difficile d'écrire que le travail partenarial doit être étroit entre l'équipe des urgences et les équipes de psychiatrie. Par contre entre l'équipe de pédiatrie et l'équipe de psychiatrie ou le psychiatre travaillant dans le service

Proposition 32

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 la cohérence. (AE)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	5	26	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	2.78	13.89	72.22	5.56

Expert	Commentaires
Expert 2	Fondamental ,le professionnel référent doit rester mobilisé tout au long de la prise en charge et doit susciter de manière périodique des moments de synthèse avec les différents protagonistes ,et de bilan avec le jeune.
Expert 10	un pédopsychiatre
Expert 16	L'idée est géniale, mais concrètement, quid des moyens humains pour mettre en place de telles références ?
Expert 17	En l'état, on ne voit pas qui pourrait jouer ce rôle ni quand cela serait décidé. Il serait bien ici de prendre en compte ce qui se passe déjà sur le terrain pour être au plus près des réalités. Cela pose bon nombre de questions notamment sur le plan de la division du travail, sur les conditions de travail et de formation de ce professionnel référent. Cela est sinon une recommandation importante.
Expert 24	Cette notion n'est malheureusement pas appliquée... Elle existe depuis 23 ans...
Expert 26	Est-ce à dessein que la profession du "réfèrent n'est pas identifiée ?
Expert 28	Ceci est théorique et difficile à mettre en place, à cause par exemple des mouvements des soignants, des familles...
Expert 37	des travaux seraient néanmoins nécessaires pour savoir pourquoi cette "vieille" recommandation a été si mal suivie ++++

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 33

Il est recommandé de porter une attention particulière à l'accueil, à l'information 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)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	3	30	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	8.33	83.33	5.56

Expert	Commentaires
Expert 7	je préciserais car "famille" est svt trop vague: chacun des parents et la fratrie
Expert 15	Important de dire que cela implique plusieurs entretiens (compte tenu de la sidération initiale) en distinguant bien sûre les entretiens des urgentistes sur l'état somatique et de l'équipe chargé de faire l'évaluation psychiatrique.
Expert 16	C'est une évidence, c'est un moment stratégique dans le parcours de l'enfant et de sa famille. Un climat de confiance et de proximité doit venir favoriser la parole et la confiance, permettant une meilleure analyse et donc une meilleure orientation adaptée aux besoins de tous.
Expert 17	La place de la famille et/ou des acteurs de première ligne occupant une position de veilleur est jusqu'ici insuffisamment prise en compte et questionnée dans les

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	recommandations. Quelle prise en compte de leurs points de vue lorsqu'ils diffèrent de ceux des jeunes? Comment faire lorsqu'il y a des points de vue divergents?
Expert 21	Actuellement, l'on a peu tendance à associer la famille à la prise en charge. Le premier souci est souvent d'isoler le jeune de son milieu familial (ce qui est souvent nécessaire) mais ceci ne suffit pas et, dans ce cas de figure, l'on encourt le risque qu'à l'issue du passage aux urgences ou de l'hospitalisation le jeune ne retombe dans un cercle vicieux de communication pathogène au sein de la famille. Le travail avec la famille gagne à être immédiat pour que chacun prenne conscience de la gravité de la situation et qu'une remise en question en chacun soit possible. Il ne s'agit aucunement de culpabiliser qui que ce soit, mais d'observer avec la famille ses modes de communication, à la lumière de l'histoire familiale et avec une prise en compte des problématiques intergénérationnelles, et dès lors d'éveiller à une prise de conscience qui amorce une demande de thérapie familiale (en plus de demandes individuelles de thérapie individuelle pour le jeune bien sûr mais peut-être aussi pour d'autres membres de la famille). Si on laisse passer du temps, les mécanismes de banalisation et de déni risquent de prendre rapidement le dessus et d'empêcher le processus.
Expert 22	Il est important d'informer et d'accompagner les familles qui sont, en général, toujours inquiètes, le service d'urgence étant de plus assez anxiogène.
Expert 24	et du référent de l'ASE le cas échéant
Expert 32	j'ajouterais " et la confidentialité" les enfants suicidants partageant leur chambre en pédiatrie avec des enfants / ado qui ne sont pas forcément dans les mêmes problématiques et des parents d'enfant parfois inquiets de cotoyer des jeunes avec des difficultés psychiques (stigatisation++)

6.2.Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?

Proposition 34

Dans le contexte des urgences, il est rappelé que la décision d'hospitalisation ou de prise en charge ambulatoire d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève de la décision 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 de prise en charge en termes de protection, d'évaluation, de soin,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

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 relève de la protection de l'enfance et justifie de la rédaction d'un signalement judiciaire au Procureur de la République en vue d'une Ordonnance de Placement Provisoire à l'hôpital.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	8	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	8.33	22.22	61.11	5.56

Expert	Commentaires
Expert 7	remarque de forme suggérée ajouter sur la ligne niveau RUS (soit un renvoi aux propositions RUD précédentes, soit la mention des 2 FR principaux: dépression et usage de substances)
Expert 8	il faut suffisamment de lits d'hospitalisation, notamment pour les adolescents
Expert 16	Ces explications sont claires. Il est important de prendre en compte l'accord du

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	mineur, en revanche en cas de risque vital, le recours judiciaire peut s'avérer nécessaire.
Expert 18	Le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale (ou à défaut les personnels de l'éducation spécialisée accueillant l'enfant ou l'adolescent)
Expert 19	Concrètement, en pratique, toute crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent nécessite une temps d'hospitalisation, même court... Et d'autant plus au vu du manque de moyens en pédopsychiatrie, j'imagine peu qu'il puisse y avoir des ressources ambulatoires disponibles de manière suffisamment réactive et contenante.
Expert 24	Qu'entend-t-on par "dument formé"? Préciser "les situations où le risque vital est engagé" : le risque de réitération est il un risque vital? L'existence d'une pathologie sous-jacente réhausse-t-elle le pronostic? ...
Expert 26	Même remarque que précédemment sur la profession des évaluateurs, en lien avec la R. 19
Expert 30	Il me semblait qu'il existait une recommandation disant que tout jeune ayant fait une TS devait être pris en charge aux urgences d'un hôpital, mais je ne retrouve plus la référence. Y a-t-il des recommandations éclairant les professionnels de première ligne devant la découverte d'une tentative de suicide récente ?
Expert 32	même si c'est à déplorer et pour avoir dû pratiquer pendant 3 ans du "tri" aux urgences pour les ados, la décision dépend aussi des "ressources hospitalières disponibles au moment du passage aux urgences". On ne les garde parfois pas car on a pas du tout de place donc on tricote une autre solution plus bancal.
Expert 34	Cf. ancienneté des recommandations HAS22/11/2000, mise à jour 19/7/2006
Expert 36	Juste avant le paragraphe "il est rappelé...", je rajouterai le paragraphe suivant permettant d'orienter la décision entre Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ? " : " L'hospitalisation est recommandée lorsque l'évaluation initiale de la crise suicidaire met en évidence un risque suicidaire élevé. Dans les autres cas, la prise en charge ambulatoire est recommandée afin d'éviter des possibles effets en hospitalisation de fixation de l'enfant ou adolescent sur ses idées suicidaires, de contagiosité notamment entre les adolescents, et de moindre engagement thérapeutique des parents plus facilement accessibles et impliqués dans les prises en charge ambulatoires, en particulier avec des équipes mobiles se déplaçant au domicile."
Expert 37	mettre en avant "la volonté de l'enfant d'être hospitalisé", qui est rare mais qui doit alors absolument être respectée ++++

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 35

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

↳ Pour les enfants, l'hospitalisation en pédiatrie avec une prise en charge par la psychiatrie de liaison doit être privilégiée ;

↳ 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 prise en charge par la psychiatrie de liaison.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	0	8	21	4

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	5.56	0.00	22.22	58.33	11.11

Expert	Commentaires
Expert 5	Je souhaiterais qu'il soit fait mention d'une prise en charge innovante et intensive en hospitalisation de jour pour les adolescents au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Vienne (86). Cette prise en charge

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	existe depuis 4 ans et donne des résultats probants. En outre, un article est soumis à la revue Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent pour en témoigner. Je vous joins une synthèse du fonctionnement et des résultats de cette structure de jour. Elle est en train de se déployer à Lyon et en Rhône-Alpes et dans d'autres intersecteurs en France. En outre, l'équipe est à présent formée à la Mentalisation ce qui est très utile au regard du nombre grandissant d'adolescents présentant un trouble borderline.
Expert 6	l'hospitalisation en pédiatrie ne s'inscrit comme possible que si et seulement un psychiatre est impliqué dans la gestion et la prise de décision des soins beaucoup d'équipe de pédiatrie se limite à un ou une consultant psychologue cette solution ne répond pas aux nécessités de la conduite des soins dans le dispositif français on ne peut pas se contenter de l'avis de psychologue sous prétexte de pénurie de psychiatre
Expert 7	pour les enfants: j'écrirai doit être "considérée en première intention" que "privilegiée" car bcp de services de pédiatrie ne sont pas en mesure d'assurer la surveillance nécessaire IMPORTANT au sujet du risque somatique: les IMV étant principalement au paracetamol alors que l'accès est simple et banalisé, ne faudrait il pas une reco spécifique à ce sujet?
Expert 8	il faut des équipes dédiées de psychiatrie de liaison rattachée au secteur de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent pour chaque service de pédiatrie ET PLUS DE LITS ET DE STRUCTURES HOSPITALIÈRES dédiées EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT
Expert 11	Si elle était malgré tout nécessaire, une prise en charge spécifique devrait y être aménagée. pour une recommandation, cela manque de précision. Certes nous sommes face au principe de réalité mais qu'entend on par prise en charge spécifique
Expert 16	Encore une fois, sur le papier cela paraît évident, concrètement la question des moyens vient relativiser tout cela. Peu de lit disponible en psychiatrie ou pédopsy.
Expert 19	Remplacer "psychiatrie de liaison" par "PEDOpsychiatrie de liaison".
Expert 24	Préciser "prise en charge spécifique" en service de psychiatrie adulte
Expert 26	dans le second alinéa, il est dit que les adolescents ne doivent pas être hospitalisés en psychiatrie adulte, il faudrait préciser qu'il s'agit des adolescents mineurs.
Expert 36	Je rajouterai juste "en chambre seul" dans la phrase comme suit : "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

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	était malgré tout nécessaire, une prise en charge spécifique en chambre seul devrait y être aménagée."
--	--

Proposition 36

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 ;

¿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.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	1	4	6	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	2.78	11.11	16.67	61.11	5.56

Expert	Commentaires
Expert 7	forme: recontact SANS e
Expert 15	Le dispositif de veille et de recontacte relève plus du niveau de la recherche. Il n¿y

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	a pas assez d'arguments dans le texte proposé par les auteurs pour soutenir cette démarche de façon systématique (au même niveau que la sécurisation de l'environnement)
Expert 16	L'idée du référent peut s'avérer ici d'autant plus nécessaire et important.
Expert 17	Il pourrait être bien d'ajouter ici que cette préconisation dépend aussi des décisions des acteurs concernés - jeunes et familles - qui peuvent peut-être aussi avoir besoin de rompre avec le milieu médical pour avancer. Il pourrait s'agir de recommander l'organisation de ces prises en charge tout en les soumettant à la volonté des différentes parties.
Expert 18	de recontacte(r à rajouter)
Expert 19	"informer sur la conduite à tenir" ; préciser : revenir consulter pour une évaluation en urgence coquille dernière phrase : recontact
Expert 23	étant donné les niveaux d'usage de substances des adolescents, d'autant plus si suicidaire (cf. données ofdt enquête escapad déjà dans la bibliographie*), il semble pertinent d'ajouter la proposition retenue par la société américaine de pédiatrie de l'enfant et de l'adolescent : "d'informer le patient et sa famille au sujet des effets désinhibiteurs des drogues et de l'alcool". par ailleurs la proposition 32 du professionnel référent reste ici très implicite et mériterait d'être explicitée. *Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html
Expert 24	N'est-il pas contradictoire de décider une PEC ambulatoire et de demander à la famille de retirer les moyens létaux? Cela semble être une injonction paradoxale très insécurisante pour les familles. "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" > recommandation très généraliste et de ce fait difficile de connaître l'applicabilité? Un document ressource ou document-type ne devrait pas être évoquer? Quel délai pour le RV de suivi?
Expert 26	Il me semble qu'il n'existe pas de dispositif de veille et de recontact conçu spécifiquement pour les adolescents.
Expert 28	Le seul point qui me semble non réalisable est le 3e: la nuit et les WE ceci n'est pas possible et souvent c'est le moment des consultation en urgence.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 36	Je rajouterai, juste après la proposition "De veiller à ce qu'un RDV de suivi soit fixé dès avant la sortie des urgences", la phrase suivante : - De recourir, chaque fois que possible, à une équipe mobile de crise, permettant d'aller au domicile et de débiter un travail familial impliquant notamment les parents.
-----------	--

7.Prise en charge hospitalière

Proposition 37

La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents suicidant ou suicidaire 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 mesure d¿accompagnement et de protection nécessaires ;
- ¿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 ;
- ¿De préparer la sortie d¿hospitalisation.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	2	9	21	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	0.00	5.56	25.00	58.33	5.56

Expert	Commentaires
Expert 2	Elle devrait permettre de nouer des liens avec une ou plusieurs personnes des équipes soignantes, qui serviront de levier au suivi psychothérapeutique à la sortie de l'adolescent.
Expert 4	Tout à fait d'accord mais cette partie "prise en charge" n'est pas assez développée et ne fait que lister des actions sans les décrire alors que cette prise en charge est d'importance majeure. De plus, il n'est pas précisé s'il s'agit de la prise en charge de la crise suicidaire ou des tentatives de suicide. Les recommandations ne sont pas superposables.
Expert 5	Je souhaiterais qu'il soit fait mention d'une prise en charge innovante et intensive en hospitalisation de jour pour les adolescents au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Vienne (86). Cette prise en charge existe depuis 4 ans et donne des résultats probants. En outre, un article est soumis à la revue Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent pour en témoigner. Je vous joins une synthèse du fonctionnement et des résultats de cette structure de jour. Elle est en train de se déployer à Lyon et en Rhône-Alpes et dans d'autres intersecteurs en France. En outre, l'équipe est à présent formée à la Mentalisation ce qui est très utile au regard du nombre grandissant d'adolescents présentant un trouble borderline.
Expert 8	et éventuellement d'initier un traitement psychotrope si nécessaire
Expert 11	ne devrait on pas introduire ici une travail avec l'environnement ex avec l'éducation nationale si harcèlement dans le milieu scolaire
Expert 15	De fait une hospitalisation a plutôt l'objectif de séparer du milieu habituel. « renouer les liens » ne peut pas être un objectif en soi, car il dépend de la situation, parfois il s'agit au contraire de permettre un processus d'autonomisation. L'objectif est d'abord de mieux comprendre la dynamique familiale puis d'aider les parents à un ajustement le plus adapté possible. Je ne comprend pas trop comment l'hospitalisation aide à développer un réseau de soutien, là encore l'hospitalisation permet de couper avec le réseau habituel,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	puis dans un second temps, plus psychothérapeutique, à aborder les aspects relationnels autour de la demande d'aide.
Expert 16	Rien à ajouter, si ce n'est de préparer la sortie avec projection d'une démarche de soin et orientation si nécessaire. Peut être prévoir un suivi sur le moyen et long terme afin d'assurer un suivi complet et renforcé.
Expert 17	Là encore, il me semble que certaines formulations sont normatives à l'excès et mériteraient d'être nuancées. Ce paragraphe suppose par exemple des situations systématiques d'isolement des jeunes / des situations où les thérapies familiales sont toujours nécessaires. Je rajouterais "le cas échéant" à chacune des pistes soulevées. Le caractère coercitif de la prise en charge doit être selon moi atténuée de même que la spirale des accusations.
Expert 18	les mesure(s à rajouter) d'accompagnement
Expert 19	A rajouter +++++ - faire le lien avec le médecin traitant, le médecin scolaire, et le professionnel de santé mentale qui suit déjà ou qui va suivre le jeune à la sortie - solliciter la protection de l'enfance s'il y a lieu - proposer de rencontrer la fratrie : exemple "atelier fratrie", pour évaluer les répercussions de la crise suicidaire pour les autres enfants, et repérer des signes de souffrance psychique éventuels (qui pourraient être préalables à la crise suicidaire et éclairer sur des problématiques intra-familiales)
Expert 21	Il s'agit aussi de : - contenir les angoisses et les affects, et favoriser l'émergence de représentations porteuses de sens qui puissent être reliées à ces affects - permettre au sujet de donner un sens à son acte, afin que les pensées et les représentation prennent le relais et donc d'éviter les répétitions - favoriser des remaniements psychiques et accroître une souplesse de fonctionnement pour élargir les possibles et accroître les ressources pour faire face aux conflits (ce qui va de pair avec une meilleure tolérance au sentiment de perte et de frustration) - éveiller une curiosité pour la vie psychique et motiver à un intérêt pour un travail psychothérapeutique suffisamment engageant - associer d'emblée la famille, organiser des entretiens familiaux (en plus des entretiens individuels), afin d'éveiller très vite des prises de conscience au niveau familial. Faute de quoi, le déni et la banalisation s'installent très vite, amenant la famille à "désigner" le jeune suicidaire ou suicidant comme seul porteur du "problème", ce qui accentue, à terme, le risque de répétitions.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Proposition 38

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 pré-établis ; il est rappelé que cette surveillance relève d'une démarche de soin et doit rester conforme au cadre de bienveillance qui préside à l'hospitalisation.

¿ De prendre des précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux (cf. Annexe 1 du texte des recommandations) ;

¿ De prévoir des interventions spécifiques comprennent l'inventaire des chambres ou l'observation continue pour les patients dont l'urgence suicidaire est particulièrement élevée.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	6	25	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	16.67	69.44	8.33

Expert	Commentaires
Expert 15	Un mot sur la prise d'un traitement médicamenteux pour diminuer les symptômes associés (sommeil, ruminations anxieuses)
Expert 16	Rien à ajouter

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 17	Si je suis d'accord avec l'idée que la surveillance relève d'une démarche de soin, je trouve dommageable que cette surveillance soit jusque-là si exclusivement médicalisée. Derrière soin il y a très souvent: prise en charge sanitaire. Or, d'autres acteurs peuvent jouer un rôle déterminant.
Expert 19	cadre de bienveillance et d'ETHIQUE Préciser qu'il faut expliquer la démarche pour que cela ne soit pas vécu comme (trop) intrusif ou carcéral...
Expert 26	Les précautions environnementales ne sont parfois pas possibles en service de pédiatrie générale.
Expert 37	Voir d'exiger lors des processus de certification des établissements de santé l'existence d'un protocole formalisé de surveillance du risque suicidaire dans les services en question +++

Proposition 39

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 suicidaire 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,
- ¿ Le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	4	8	20	2

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.78	0.00	2.78	0.00	11.11	22.22	55.56	5.56

Expert	Commentaires
Expert 4	Même remarque. Trop bref.
Expert 7	disponibilité de l'environnement familial ET sa capacité à protéger l'enfant/ado
Expert 10	La clinique nous montre quotidiennement dans les services d'urgence que "le souhait du mineur et des titulaires de l'autorité parentale" n'est pas toujours un bon allié.
Expert 11	La disponibilité de l'environnement familial, il ne faut pas prendre en compte que la disponibilité mais aussi prendre en compte les capacités de la famille,
Expert 15	La encore la question familiale pour envisager le retour au domicile du jeune ne peut pas se limiter à la disponibilité des parents. D'autres aspects psychopathologiques sont cruciaux en pratique clinique même si difficile à rendre compte dans la littérature internationale, par exemple ; comment la souffrance psychique de l'adolescent suicidant peut s'exprimer lors des entretiens familiaux, est-elle entendue par l'entourage, validée ? Le risque de récurrence dans les situations où un trouble psychiatrique grave est exclue (symp. psychotique, manie, mélancolie) est très lié à la mobilisation de l'entourage lors de ces entretiens. Le travail de la dynamique familiale est au cœur de la prise en charge en hospitalisation des adolescents suicidants je pense qu'il faudrait même fixer un nombre minimal d'entretiens familiaux avec et sans (++) la présence du jeune. Hospitaliser en pédiatrie pendant 5 jours un jeune suicidant en ne voyant la famille que deux fois (début et fin) me paraît trop juste.
Expert 16	peut être ajouter l'évaluation du système familial dans lequel le mineur va retourner, avec des orientations possibles selon les besoins. Ne pas faire de sorties d'hospitalisations "sèches".
Expert 18	Le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale (ou à défaut les personnels de l'éducation spécialisée accueillant l'enfant ou l'adolescent)
Expert 19	coquille : idées suicidaires Rajouter ++ - la mise en place des mesures d'évaluation voire d'interventions de la protection sociale s'il y a lieu ! exemple : ne pas laisser sortir un enfant ou un ado si on

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	soupçonne des négligences graves/maltraitements et que l'ASE n'a pas encore mis en place l'évaluation voire les mesures si nécessaire !
Expert 21	J'ajouterais l'appropriation d'une véritable demande de psychothérapie ultérieure. Donner simplement des adresses ne suffit pas. Pour que la prise en charge post-hospitalière ait vraiment lieu, il y a toute une préparation nécessaire en amont: prise de contact avec le psychologue ou psychiatre qui suivra le jeune en psychothérapie et éventuellement le thérapeute familial, en s'assurant que l'enfant ou l'adolescent soit suffisamment conscient de la nécessité de ce suivi et que les parents soient partie prenante, suffisamment d'entretiens individuels et familiaux pour amorcer une véritable curiosité sur la vie psychique et sa complexité, incluant aussi les processus inconscients.
Expert 24	rajouter: La sécurité physique et affective (dépistage maltraitance physique morale et sexuelles)

Proposition 40

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.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	3	8	20	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	5.56	2.78	8.33	22.22	55.56	2.78

Expert	Commentaires
Expert 4	Idem. Cette partie "Prise en charge est trop succincte et pas assez développée.
Expert 7	forme: recontact SANS e
Expert 8	le système des cartes ressources est extrêmement expérimental à ce jour, il faudrait d'abord s'assurer de sa diffusion et des ressources ad hoc pour ce faire
Expert 15	Pas d'arguments scientifiques pour un dispositif de veille Par contre nécessité d'avoir un rendez avec une date fixée (et pas simplement à prendre par la famille) + un courrier qui pourra être lu aux jeunes et à ses parents me semblent importants pour définir des standards de qualité des soins
Expert 16	Cela paraît adapté et réalisable.
Expert 18	de recontacte(r à rajouter)
Expert 19	Comme précédemment sur la conduite à tenir indiquée, rajouter "notamment de consulter en urgence si besoin" ou autre phrase du genre.
Expert 23	tant donné les niveaux d'usage de substances des adolescents, d'autant plus si suicidaire (cf. données ofdt enquête escapad déjà dans la bibliographie*), il semble pertinent d'ajouter la proposition retenue par la société américaine de pédiatrie de l'enfant et de l'adolescent : "d'informer le patient et sa famille au sujet des effets désinhibiteurs des drogues et de l'alcool". par ailleurs la proposition 32 du professionnel référent reste ici très implicite et mériterait d'être explicitée. *Janssen E, Stanislas S, du Roscoët E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html
Expert 24	Même réflexion que pour 36 sur la létalité Même réflexion sur l'information sur la conduite à tenir si aggravation

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	Rajouter "le cas échéant le référent de l'ASE". Définir "un dispositif de veille et de recontacte et de remettre les cartes ressources correspondantes". qui apparaissent pour la première fois dans les recommandations
Expert 26	Je pense qu'il serait bon d'ajouter quelque part dans les recommandations, ou dans l'argumentaire, qu'il faut éviter de prescrire aux adolescent-e-s ayant des réitérations suicidaires médicamenteuses, des médicaments potentiellement létaux (antidépresseurs tricycliques par exemple). https://www.nice.org.uk/advice/ktt24
Expert 27	Une prévention tertiaire permet de prévenir le nombre de rechutes et de récidives(Chérif et al. 2012). Il existe deux types de dispositifs de prévention: des dispositifs interventionnistes et des dispositifs de veille. On observe des modalités de prévention interventionnistes comme en Angleterre où sont organisées plusieurs visites à domicile après le passage à l'acte suicidaire ou à Brest où sont réalisées des interventions psychothérapeutiques brèves par le médecin qui a reçu le suicidants aux urgences. Ces interventions cognitives et comportementales et psychodynamiques ont pu montrer leur efficacité pour diminuer le taux de récidives. Mais du fait du coût engendré, ces dispositifs sont difficilement généralisables. On appelle les modalités préventives moins interventionnistes les dispositifs de veille. Ces dispositifs sont plus légers à mettre en place, plus superficiels mais répétés (à travers une lettre, une carte, un appel téléphonique, la remise d'une carte pour un centre recours, un sms pour les adolescents, des réseaux sociaux). Il est important que les médias utilisés soient personnalisables, c'est-à-dire, s'adressent à une personne pour lui témoigner qu'elle est intéressante pour un groupe de gens. Après une tentative de suicide, il est important pour le soignant de rester dans le souci du suicidant. Les américains parlent de «connectiveness»: il s'agit d'essayer de susciter chez l'autre le sentiment qu'il est relié à quelqu'un; ce n'est pas de la surveillance mais un maintien du lien. J.A. Motto est le pionnier de ces programmes de «connectiveness»(Motto et Bostrom 2001). Il propose de contacter les suicidants par des lettres chaleureuses et personnalisées grâce à des détails du dernier entretien ou des éléments de leur dossier afin qu'ils aient le sentiment que quelqu'un est disponible pour eux et se préoccupe d'eux. Au

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	total, J.A. Motto leur envoie à chacun 24 lettres pendant cinq ans (tous les mois, deux mois, trois mois...). Deux ans plus tard, le nombre de récurrences diminue de moitié pour ces patients par rapport au groupe contrôle mais 15 ans plus tard, le nombre de tentatives de suicide est identique pour tous. Nous pouvons donc nous demander : «et si il avait continué de leur envoyer des cartes postales...». Selon une étude de Carter, ces programmes de «re-contact» par cartes postales ont un effet ciblé pour les femmes ayant des antécédents de comportements suicidaires. Il a aussi été créée une «crisis card» distribuée aux patients afin qu'ils puissent contacter un centre en cas de crise, elles ne semblent efficaces que les six premiers mois et uniquement pour les primo suicidants. Les programmes de «re-contact» ont pour objectif de maintenir un lien (par des appels ou l'envoi de cartes, de mails, de sms) avec des personnes qui viennent de faire une tentative de suicide. La démarche de «re-contact» est alors initiée par le soignant au cours de contacts protocolisés, systématiques, facilement généralisables et peu coûteux. Lors d'une étude randomisée, G. Vaiva appelle les patients soit un mois soit trois mois après leur tentative de suicide (Vaiva et al. 2006). Il constate que 12 % des patients récidivent lorsqu'ils ont été appelés dès le premier mois tandis que 21,6% récidivent lorsqu'ils ont été contactés trois mois plus tard, ce qui souligne l'importance d'une démarche de «re-contact» précoce. Un an après cette étude, les participants ont été appelés afin d'évaluer leur vécu de ces appels téléphoniques: 80 % les ont considérés bénéfiques, 40% ont estimé que ces appels avaient influencé leur vie et 30% qu'ils permis d'éviter un nouveau passage à l'acte. Les patients disent à quel point ils ont été touchés par ces appels, y compris ceux refusant tous les soins
Expert 30	d'informer le patient et sa famille, et le médecin traitant (ou en tout cas le professionnel de première ligne en lien avec le patient), de la conduite à tenir
Expert 32	j'ajouterais qu'il est nécessaire de faire un point avec l'enfant et sa famille sur les informations à donner à l'école, la fratrie les hospitalisations induisent en général une disparition de l'adolescent de son environnement de vie habituel: maison, école, activité extra scolaire et donc cela va induire des questionnements qui peuvent mettre en difficulté l'ado ou sa famille.

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 : la mise à distance des moyens létaux, le renforcement des stratégies de coping, la mobilisation du lien social,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

le renforcement de l'adhésion au suivi et la remise de ressources en cas d'urgence. Il s'agit d'une intervention souple (il 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.

Proposition 41

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)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	4	0	3	10	15	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.78	0.00	0.00	11.11	0.00	8.33	27.78	41.67	8.33

Expert	Commentaires
Expert 7	effectivement , le plan de sécurité (safety planning) de B Stanley était une composante évaluée dans l'étude TASA et bénéficie de plusieurs publications depuis celle de 2009 jusqu'à celle du JAMA. Des adaptations à l'adolescent dont l'adolescent francophone ont montré son excellent faisabilité et acceptabilité. Un essai randomisé est cours ClinicalTrials.gov NCT02963870
Expert 8	il y a d'abord une formation à diffuser sur ce plan de sécurité qui n'est pas connu,

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	ni repéré à ce jour par les professionnels de terrain
Expert 16	une formation spécifique paraît nécessaire et il serait bien qu'un professionnel au moins par service concerné par l'accueil de mineur et d'ado y aille. Cela pourrait même être intégré dans les formations initiales.
Expert 17	Introduire la notion de sécurité me pose problème ici. C'est à la fois la notion de plan et celle de sécurité qui posent question. Pourquoi pas configuration de veille?
Expert 21	A priori intéressant, mais je n'ai pas eu l'occasion d'en faire l'expérience dans ma propre pratique (ni d'avoir des témoignages de collègues) pour répondre.
Expert 24	Plan de sécurité adapté à une population adolescente. Pour la population enfant cette notion de plan devrait être adaptée à l'âge développemental (reposant probablement surtout sur les parents). Notion de coping, lien social, adhésion n'ont pas de sens dans la population enfant.
Expert 26	Le plan de sécurité implique de pouvoir suivre les personnes pendant sa durée, ce qui pose des questions d'effectifs ou d'organisation entre services. Les aspects médico-économiques mériteraient d'être traités dans l'argumentaire.
Expert 32	je ne comprend pas ce chapitre ... Il est un peu redondant avec la fin du chapitre précédent. Si il est maintenu il faudrait préciser d'avantage et structurer en point comme le chapitre précédent pour faciliter la lisibilité comme c'est inscrit p96 de l'argumentaire.
Expert 35	Pour ceux qui ne vont lire que les recommandations, le plan de sécurité n'est pas expliqué clairement
Expert 36	J'apporterai juste la précision suivante à la première phrase du paragraphe qui précède la recommandation : 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 : la mise à distance des moyens létaux, le renforcement des stratégies de coping, la mobilisation du lien social, le renforcement de l'adhésion au suivi permettant une amélioration de l'alliance thérapeutique de l'enfant ou adolescent mais aussi des parents, et la remise de ressources en cas d'urgence.
Expert 37	Oui à une formation spécifique évidemment, mais l'absence d'une telle formation ne doit pas interdire la question d'un safety plan +++

9. Accompagnement de moyen et long terme

Proposition 42

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Il est recommandé que soit 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 comportements suicidaires ;
- ¿ De réduire, de faire cesser ou de prévenir les éventuelles conséquences négatives des conduites suicidaires ;
- ¿ De réduire, de faire cesser ou de prévenir d'autres comportements à risque ;
- ¿ De réduire, de faire cesser ou de prévenir la symptomatologie psychiatrique ;
- ¿ D¿ améliorer le fonctionnement social ou scolaire ;
- ¿ D¿ améliorer la communication et les interactions familiales ;
- ¿ D¿ améliorer la qualité de vie.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	5	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	5.56	13.89	77.78	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	D'où l'importance d'une prise en charge d' équipe ou multi-modale
Expert 7	repérer et prévenir les facteurs de risque, promouvoir les facteurs de protection
Expert 10	la terminologie employée "faire cesser" renvoie plus à de la rééducation (pensons

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	à ces pays, comme l'Inde, où le suicide est effectivement interdit par la loi) qu'à du soin.
Expert 21	C'est important, mais se focaliser sur les aspects symptomatiques et comportementaux uniquement est insuffisant. Les objectifs à plus long terme sont plus ambitieux : une transformation en profondeur avec une prise de conscience des blocages inconscients est également nécessaires afin d'éviter les répétitions des actes suicidaires, pour que le sens des idées ou actes suicidaires soit davantage mentalisé.
Expert 29	Mon accord est tempéré par la dimension très (trop ?) ambitieuse de la recommandation : "pour chaque enfant et adolescent suicidant ou suicidaire un accompagnement et des soins précoces, structurés et coordonnés"
Expert 33	+ favoriser une santé mentale positive, qui ne vise pas uniquement à limiter les aspects négatifs mais cultiver des éléments positifs, inspiré de la salutogénèse d'Antonovsky (sens de la cohérence, restauration de buts....)
Expert 35	La phrase "réduire, faire cesser ou prévenir la symptomatologie psychiatrique" n'a pas de sens on ne prévient pas la symptomatologie mais on traite ou soigne
Expert 36	Je remplacerai juste "cesser" par "faire disparaître" dans la phrase suivante : De réduire, de faire cesser ou de prévenir la symptomatologie psychiatrique

Proposition 43

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

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	7	23	4

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	19.44	63.89	11.11

Expert	Commentaires
Expert 2	Elle doit inclure parallèlement les parents.
Expert 8	Absolument . Dans le texte on ne parle que de thérapie multi systémique mais la thérapie familiale systémique peut aussi répondre à des indications de situations de crise suicidaire (équipe romaine Andolfi)
Expert 15	psychothérapie formalisée DE TYPE de TCC, de la thérapie systémique ou de la thérapie psychodynamique
Expert 16	Très intéressant également et toujours nuancé par la réalité des moyens sur chaque territoire.
Expert 17	Pourquoi ne pas introduire ici d'autres formes de prise en charge que d'ordre psychologique? par le sport, la musique etc.
Expert 21	Ces différentes approches sont en effet complémentaires, chacune apporte sa contribution face à la complexité des processus psychiques.
Expert 24	faire une liste nominative et non exhaustive de thérapie reposant sur des ERC avec des petits effectifs me semble difficile à tenir... Par ailleurs si je partage le fait que ces thérapies aient prouvé leur utilité, la grande majorité des soignants n'y sont pas formés.
Expert 27	La relation parents-enfant Le chercheur américain G. Diamond travaillant plus particulièrement sur le traitement des affections potentiellement suicidaires chez les jeunes adolescents, affirme que «le soutien parental diminue la critique et le rejet qui sont associés à la dépression chez les adolescents et leur donnent des idées suicidaires» et qu'il faudrait «transformer la relation parent-adolescent pour que les enfants se sentent mieux dans leur relation, envers eux-mêmes»(Diamond 2014). Tout événement est vécu d'une façon moins douloureuse, moins dépressive quand l'enfant se sent soutenu et reçoit des soins affectueux de la part de ses parents. Les parents ont un rôle essentiel dans l'élaboration de la santé mentale de leur enfant. Et donc la relation parent-enfant a des effets indéniables sur l'état de santé mentale de

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	l'enfant adolescent. Lorsque les parents et les enfants ont une mauvaise relation, les attitudes critiques et la désapprobation augmentent à la maison, et l'enfant se sent toujours plus seul et dévalorisé, se critique de plus en plus et réduit considérablement son estime de soi. Ces sentiments sont facteurs de risque de la dépression et du suicide. De même, en dehors de la maison, si un enfant est victime d'intimidation à l'école ou sur le terrain de jeu, l'absence de soutien parental peut exacerber la dépression et les pensées suicidaires. Un enfant a aussi besoin d'une épaule pour pleurer et ses parents lui servent de guides importants dans le développement de la communication et de la cognition. En l'absence d'une bonne relation parentale, G. Diamond dit: « Vous n'avez pas la possibilité d'avoir une conversation ou de comprendre ses sentiments et par la suite obtenir des perspectives différentes. Toutes les capacités émotionnelles cognitives que nous apprenons de nos parents nous aident dans nos fonctions telles que réguler nos émotions dans la vie, mais pour l'enfant une relation pauvre avec ses parents va lui réduire ses capacités et possibilités. » Afin d'évaluer l'efficacité d'un travail portant spécifiquement sur la relation parents-enfant, G. Diamond s'est intéressé à la thérapie familiale sur l'attachement (ABFT). Il a examiné les effets de la thérapie familiale sur le niveau de symptômes suicidaires chez les adolescents aux prises avec la dépression et le suicide. En renforçant la liaison organique entre les parents et les enfants, le traitement ABFT a démontré son efficacité comme d'autres traitements standards de la dépression et les idées suicidaires.
Expert 33	"et/ou " chaque proposition
Expert 36	Il apparaît nécessaire d'ajouter en fin de phrase, la précision suivante en raison de l'importance de la mobilisation de la dynamique familiale afin de prévenir les récurrences des crises suicidaires chez l'enfant et adolescent : "Les thérapies familiales sont notamment recommandées (Zeltner et al., 2018 ; Romano, 2013)."

Proposition 44

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

Valeurs manquantes : 4

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	6	23	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	5.56	16.67	63.89	8.33

Expert	Commentaires
Expert 2	En prenant en compte la tendance à l'agir chez l'adolescent ,pour ce qui concerne les médicaments;
Expert 8	en tant que praticien on est parfois amené à prescrire le médicament qui nous paraît le plus approprié à telle situation clinique à un moment T en fonction de la variabilité individuelle, on a peu d'AMM chez l'enfant faute d'études
Expert 10	Les "thérapeutiques physiques non médicamenteuses" du suicide, QUESACO ??
Expert 16	le systématisme pose question. Encourager l'orientation vers un suivi thérapeutique est le minimum mais cela ne peut se faire sans l'accord du mineur. peut être que sa temporalité ne correspondra pas avec ce systématisme;
Expert 17	S'il faut prendre en compte le trouble psychiatrique sous-jacent quand il y a, il serait contreproductif de supposer qu'il y a nécessairement trouble?
Expert 21	N'étant pas psychiatre, je ne me prononcerai pas précisément sur ce point. Néanmoins, il me semble qu'une mise en garde sur les effets dévastateurs d'une surmédication (avec les risques de dépendance voire d'acte suicidaire) ou d'une médication non suffisamment contrôlée par un psychiatre sont à souligner. Il n'est pas souhaitable qu'un médecin généraliste prescrive des anti-dépresseurs sans l'avis d'un psychiatre, cependant il semble que peu d'usagers en aient réellement

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	conscience. J'adhère tout à fait à la non-recommandation de traitement antidépresseur en première intention énoncée ci-dessous.
Expert 36	Il apparaît nécessaire de compléter comme suit la dernière phrase du paragraphe qui suit la proposition 44 : "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. A noter, seuls les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont une efficacité reconnue, supérieure à celle du placebo, chez l'adolescent déprimé."

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 (AE) : de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie (thérapie relationnelle) ; ou 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/recidive. 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.

Proposition 45

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

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	6	28	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	16.67	77.78	2.78

Expert	Commentaires
Expert 6	la prescription de la fluoxetine ou autres antidépresseur doit être seulement autorisé au psychiatre et par lui
Expert 7	le § precedent concernant la depression devrait l'objet d'une proposition, par ex. pour renforcer la FC des medecins generalistes sur cette thématique
Expert 10	Les "thérapeutiques physiques non médicamenteuses" du suicide, QUESACO ??
Expert 17	Il faut aussi encourager le développement des travaux de recherche en SHS sur les configurations et trajectoires de prise en charge, sur les inégalités d'accès aux prises en charge et plus largement sur les problèmes que rencontrent les enfants et adolescents dans les sociétés contemporaines.
Expert 19	supprimer (therapie relationnelle)
Expert 21	Tout dépend de quelle manière ces recherches sont conduites.
Expert 23	hors champs de compétence
Expert 27	L'autopsie psychologique : un bon outil de prévention, La prédictibilité de l'acte suicidaire est très incertaine: de nombreux chercheurs s'accordent à dire qu'il est impossible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire. Cependant, différents facteurs de risque ont été identifiés au fil du temps, notamment par le biais de la technique d'autopsie psychologique. Pratiquée dans plusieurs pays (Canada, Grande-Bretagne, Finlande), mais encore très confidentielle en France, cette méthode peut être utilisée pour affiner la connaissance des facteurs de risque du comportement suicidaire et ainsi contribuer à la prévention. L'autopsie psychologique collecte des informations sur un grand nombre de paramètres : les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	Selon Agnès Batt-Moillo, «les pays latins et la France en particulier ont plus d'une dizaine d'années de retard par rapport aux pays anglo-saxons sur les politiques de prévention en général. L'introduction de ces méthodes en France me paraît intéressante à la condition d'un encadrement très strict, qui pourrait être assuré par des comités éthiques et la présence d'intervenants bien formés au contact avec les familles. La rigueur exige aussi que l'on compare les données recueillies avec celles issues d'enquêtes sur des cas témoins : des personnes dont le profil (social, psychologique) est similaire à celui de la personne suicidée. Cette contrainte est coûteuse et alourdit considérablement la procédure, sachant que pour 110 témoins contactés, seuls 40 acceptent de faire l'objet d'une telle enquête»(Debout 2005).Le recours systématique à des autopsies psychologiques (synthèse de données issues des entretiens avec les proches du défunt, des dossiers médicaux, sociaux et scolaires) permettrait d'éclaircir davantage la problématique suicidaire chez l'enfant. En effet, une enquête visant à reconstruire les modalités psychiques dans lequel l'enfant se trouvait au moment de la réalisation du geste permettrait de préciser les caractéristiques de ce geste et les facteurs l'y ayant mené. Par exemple, la différenciation entre jeux dangereux et suicide pourrait ainsi être plus claire. Bien souvent, les professionnels bienveillants envers les familles endeuillées ne se permettent pas ce type d'investigations.
--	--

Proposition 46

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 élevés ;
- ¿ Faire preuve de souplesse dans l'organisation des rendez-vous en cas de crise ;
- ¿ Au besoin, de 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.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 7

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	2	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	5.56	91.67	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Adopter une attitude souple, chaleureuse et bienveillante dans la gestion des RV, les retards et les absences
Expert 18	Contacteur le patient et si besoin ses parents (ou à défaut les personnels de l'éducation spécialisée accueillant l'enfant ou l'adolescent) Ț un rendez-vous est manqué
Expert 27	Utilisation de ressources média: -réseaux sociaux (instagram...) -application téléphonique -groupe sur téléphone portable
Expert 28	Difficultés rencontrées en pratique : numéro de téléphone incorrect, manque de visibilité sur les rendez-vous non honorés, pas assez d'utilisation des boîtes mail des parents. Une solution pourrait être un système informatique automatique permettant d'une part le rappel des rendez-vous et d'autre part un courrier type lorsque le rendez-vous n'est pas honoré

10.Les dispositifs de veille et de recontact

Proposition 47

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Pour chaque enfant ou adolescents sortant d'un séjour hospitalier ou aux urgences après une tentative de suicide, le groupe de travail préconise :

¿ La remise en mains propres d'un courrier de sortie à destination du médecin traitant aux titulaires de l'autorité parentale (pour les mineurs) ou au patient (pour les majeurs). (AE)

¿ L'inclusion dans un dispositif de veille et de recontact adapté aux enfants et aux adolescents suicidants. (grade B)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	1	5	7	21	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	2.78	13.89	19.44	58.33	2.78

Expert	Commentaires
Expert 8	on pourrait être aussi amenés à envoyer directement un courrier au médecin traitant avec l'accord des parents
Expert 9	Une copie du courrier de sortie pourrait être transmis par les représentants légaux aux médecin de l'Education nationale en charge de l'établissement de l'enfant ou de l'adolescent. Souvent les parents informent plus ou moins le chef d'établissement qui peut se retrouver démunie pour accueillir un élève suicidaire ou suicidant de retour en classe.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 12	Si il parait interessant de promouvoir les dispositif de recontact ceux ci n'ont pas fait suffisamment la preuve de leur efficacité mais surtout de leur déterminant d'efficacité. Il faudrait préciser que les questions qui doivent être tranchées sont : -les dispositif avec contact humain avec un soignant repéré est il supérieur a un contact algorithmique ou non soignant -doit il être coupé a la réalisation initiale d'un "plan de crise" (cf plus haut) au de la d'une simple carte d'information
Expert 15	Les auteurs évoquent dans l'argumentaire les résultats non significatifs d'Algos puis modestes du dispositif Vigilans Ado (« préliminaire » malgré une publication des résultats depuis 2013). Tous ces travaux sont issus d'une seule équipe en France dont est issue l'un des auteurs. Je ne pense pas qu'il y ait assez d'argument pour que ces expériences cliniques soient évoquées comme des recommandations de rang B s'imposant à tous professionnels. Toutefois il est important que ces expérimentations continuent à être développées et des études conduites pour évaluer leur intérêt.
Expert 17	Je serais d'avis d'être moins systématique.
Expert 18	La remise en mains propres d'un courrier de sortie à destination du médecin traitant aux titulaires de l'autorité parentale (pour les mineurs) (ou à défaut les personnels de l'éducation spécialisée accueillant l'enfant ou l'adolescent)
Expert 19	courrier au médecin traitant ET AU PROFESSIONNEL DE SANTE MENTALE QUI VA LE SUIVRE
Expert 21	Et un contact déjà bien établi avec le psychothérapeute (psychologue ou psychiatre) qui assurera le suivi post-hospitalier.
Expert 23	redondances et différences avec les propositions précédentes 36 et 40 en sortie des urgences ou d'un séjour en service hospitalier. l'inclusion dans le dispositif de veille y est chaque fois mais pas les autres items. et on ne trouve plus notion de la proposition 32 sur le professionnel référent qui coordonne les soins. Ainsi contrairement à l'approche multidisciplinaire et coordonnée exposée au préalable, la proposition 47 semble limiter les besoins à deux items lettre de liaison et dispositif de recontact, avec une impression de transmission d'infos sans coordination ni assurance du relais. peut-être s'agit-il pour cette proposition qui vise à faire un focus sur les dispositifs de veille et recontact, d'explicitier le lien entre urgentiste/hospitalier - dispositif de recontact - médecin traitant - professionnel référent si autre, tous autour du patient et sa famille ?
Expert 24	courrier en main propre au référent de l'ASE le cas échéant aussi.
Expert 26	Il n'existe pas à ma connaissance de dispositif de veille et de recontact spécifique

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	pour adolescents. Il me semble que plusieurs questions se posent à ce titre : - est-il pertinent de recontacter uniquement les adolescents, ou faudrait-il envisager de recontacter leurs parents, ou les deux ? - les documents remis initialement concernant le dispositif de recontact comporte parfois un numéro où appeler en cas d'urgence : il est difficile pour les cliniciens de justifier ce numéro, alors qu'ils vont les suivre et être eux-mêmes disponibles, ainsi que les urgences, pour échanger avec eux en cas de besoin. Dans les plans de sécurité cela est généralement formalisé d'ailleurs
Expert 35	La remise en main propre est indispensable mais pourquoi ne pas faire un envoi en parallèle pour s'assurer que le courrier arrive bien au médecin
Expert 36	Il est important de compléter comme suit la dernière phrase de la proposition 47 : L'inclusion pendant un an dans un dispositif de veille et de recontact adapté aux enfants et aux adolescents suicidants, et impliquant aussi les parents. (grade B) Complément de commentaire : Le risque suicidaire reste élevé dans la première année qui suit une crise suicidaire chez l'enfant ou adolescent (étude multicentrique INSERM). De plus, des programmes, comme Vigilans, prévoient une veille téléphonique pendant seulement 6 mois et uniquement avec la personne suicidante, alors que les créateurs de Vigilans (comme le Professeur Pierre Thomas à Lille) reconnaissent eux-mêmes que vigilans doit être adapté pour les enfants et adolescents en impliquant aussi les parents et sur une durée plus longue de un an.

Proposition 48

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 brefs. L'objectif fixé par le groupe de travail est qu'à terme, les enfants et les adolescents suicidant 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.

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	31	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	86.11	2.78

Expert	Commentaires
Expert 12	Si il parait interessant de promouvoir les dispositif de recontact ceux ci n'ont pas fait suffisamment la preuve de leur efficacité mais surtout de leur déterminant d'efficacité. Il faudrait préciser que les questions qui doivent être tranchées sont : -les dispositif avec contact humain avec un soignant repéré est il supérieur a un contact algorithmique ou non soignant -doit il être coupé a la réalisation initiale d'un "plan de crise" (cf plus haut) au de la d'une simple carte d'information
Expert 17	recherche-action et recherche fondamentale.

Section B. Questions générales sur l'ensemble des documents

Proposition 49

Quel est votre avis global sur l'argumentaire ?

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	4	13	11	7	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	36.11	30.56	19.44	2.78

Expert	Commentaires
Expert 4	Certaines parties notamment celle concernant la prise en charge pourraient être plus détaillées. Ceci afin de mieux répondre aux professionnels de terrain. Pour autant, il s'agit d'un travail de grande qualité.
Expert 6	pétri de bonnes intentions est il réaliste en l'état actuel des moyens en personnels du dispositif de soin en particulier psychiatrique
Expert 8	lecture parfois ardue, en se voulant exhaustive on a parfois du mal à comprendre l'intérêt de l'évocation de telle ou telle étude sans résultats avérés que l'on pourrait prendre pour de l'empilement
Expert 12	qualité des références et de la structuration de la refilons qui a sous tendu ce travail. Clarté de la rédaction
Expert 15	Bonne qualité de la revue de la littérature scientifique anglo-saxonne mais qui donne un aspect tronqué de la prise en charge de ces jeunes La place des hospitalisations de 3-4 semaines en unité d'hospitalisation de psychiatre d'adolescent à temps complet, la place des HDJ ado et les dispositif soins-étude ne sont jamais mentionnées. Pourtant en pratique ces dispositifs sont très utiles pour les patients les plus graves qui présentent des hospitalisations courtes en pédiatrie à répétition. L'équipe du Pr McGorry de Melbourne a montré les bénéfices de lieu pour proposer des approches intégratives (groupe + individuel) pour ces jeunes. Le fait de proposer un temps d'hospitalisation même brève chez tous les adolescents ayant fait une TS me paraît une proposition forte du document de l'ANAES que je trouve intéressant à conserver.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 16	L'argumentaire est clair, paraît complet et vise des objectifs très intéressants. Toutefois, si en théorie tout cela semble idéal, en pratique, cela pose la question de moyens tant humains que matériels qui seront déployés sur tous les territoires. Le domaine de la santé et de la psychiatrie au sens large est impacté par un lourd problème de manque de moyen. J'ai l'impression que de nombreux guides sont réalisés sur de multiples sujets fondamentaux. Ils sont tous très intéressants mais se confrontent à la même problématique : les moyens déployés concrètement.
Expert 17	Ma première remarque concerne les éléments de définition: - Je trouve dommage qu'ait été conservé le critère de l'intentionnalité. Ma deuxième remarque concerne l'applicabilité des recommandations. Il me semble qu'il y a un grand écart entre les recommandations et ce qui se passe sur le terrain. - Si l'argumentaire et les recommandations présentent beaucoup de qualités, ils me semblent en partie éloignés des questions que se posent les différents acteurs qui ont le nez dans le guidon. Exemple des principes généraux de prévention qui me semblent à la fois riches de par leur articulation et en même temps très bureaucratiques. - Si bon nombre de recommandations sont à suivre, on sait déjà qu'elles sont très compliquées à mettre en œuvre. Exemple: la divergence de points de vue autour d'une situation / la pénurie de places dans les dispositifs de prise en charge / l'absence de retours envers les veilleurs, les acteurs de première ligne... Ces recommandations ont par contre le mérite d'insister sur des points cruciaux: ne serait-ce que sur le plan de la nécessaire prise en compte du point de vue des enfants et des adolescents, de la nécessaire prise en compte du point de vue des familles et des acteurs de première ligne, la nécessaire coopération entre les différents acteurs aux différentes étapes de la prise en charge, le nécessaire suivi post prise en charge. Troisième remarque autour des questions de dépistage et de repérage: - L'entrée par les milieux de dépistage m'a semblé pertinente de même que l'accent mis sur la nécessaire formation à différents moments des acteurs de la prise en charge quel que soit le milieu où ils exercent. - Il est important de rendre visible la chaîne de prise en charge et les différents maillons de la chaîne. Envisager les prises en charge en termes de chaîne pose tout de même la question de la dilution de la responsabilité et des partenariats possibles ou non. - Il m'a semble convaincant de ne pas appeler au dépistage massif. + la recherche d'une forme de systématisation des prises en charge peut conduire à leur standardisation. Cela s'avérant peut-être préjudiciable. 4) Il y a une tendance à la psychiatrisation de toutes ces situations et à penser ces

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	enfants et adolescents comme des jeunes en souffrance.
Expert 18	Dans l'introduction (page 6) la phrase : les tentatives de suicide font peser un lourd fardeau... me semble à remanier pour ne pas laisser poindre un sentiment de culpabilité supplémentaire. Dans le chapitre professionnels concernés (page 6), rajouter le terme habilité après secteur associatif ainsi que éducateurs de jeunes enfants et moniteurs-éducateurs dans la liste dur personnel
Expert 19	On a le sentiment d'un manque d'harmonisation de la rédaction du document, on ressent un peu trop que le travail a été écrit à plusieurs mains (ce qui est normal, bien sûr !) Des formulations sont assez maladroites voire dérangeantes exemple page 10 : "les tentatives de suicides font peser un lourd fardeau" ---> ce n'est pas la 1ère chose à dire dans les enjeux sur le sujet, et cela est assez désagréable à lire (=ils ne doivent pas se suicider parce que ça coûte cher ??) "utilisation des services de santé pour soigner les blessures" recours aux services de santé serait plus pertinent et "blessures" = terme mal choisi, devant une intoxication médicamenteuse, vous n'êtes pas "blessé" toujours sur la page 10 : infirmières scolaires, infirmières d'accueil, assistantes sociales... en 2021 il est de bon ton de ne pas attribuer un sexe/genre à une profession. Page 15 : "une fois posé que l'adolescence n'existe que d'être sous-tendue par..." --> pas compréhensible Page 17 : suicide "complété" --> remplacer par abouti (vu plusieurs fois) tjs page 17 : "le fait d'avoir fait une tentative de suicide" avoir "REALISE" une tentative de suicide serait plus adapté page 28 : "ils ne renseignent que mal sur la cause d'un suicide" --> remplacer par "la compréhension d'un geste suicidaire" (s'il n'y avait qu'une seule "cause" le boulot serait bien plus simple...) // et rajouter à la fin de la phrase : "et sur la prise en charge à proposer au cas par cas") page 28 : "chez les personnes suicidaires, ces barrières prennent la forme d'une ambivalence quasi constante" = trop affirmatif et pas applicable à tous, loin de là.. remplacer par "peuvent prendre" ou "prennent souvent". Supprimer "quasi constante" Certaines définitions de termes non usuels manquent, exemple : "reliance" (on a l'impression que l'auteur de cette partie est bien plus au fait sur ce sujet en particulier que le rédacteur la page 10 par exemple...) Très peu d'études chez les enfants in fine...

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	Je n'ai pas vu mentionnées les notions de conduites ordaliques dans le document, cela manque quant à la question du risque suicidaire. je n'ai pas vu apparaître beaucoup d'éléments quant aux troubles anxieux, fortement associés (avec le risque de raptus anxieux) Il manque qqchse sur "comment accueillir des propos suicidaires" ce qui peut être difficile pour des soignants qui ne sont pas du milieu de la santé mentale (exemple : IDE d'accueil aux urg, IDE Scolaire) Impression globale que l'on parle essentiellement des ADOS dans ces recos, très peu des ENFANTS Le domaine de la matraiture/négligence et son corollaire les services de protection de l'enfance très peu présent! Ce qui est tranche avec le quotidien de nos services de pédopsychiatrie (CMP, pédo de liaison...) où le partenariat avec l'ASE est indispensable. Je n'ai pas vu mentionné (mais peut-être l'ai-je manqué) : "rédiger une information préoccupante ou un signalement" devant des situations qui le nécessitent Sauf erreur de ma part, je n'ai pas vu mentionné l'outil de soin primordial dans la prise en charge des enfants et ados en santé mentale... pas de mot sur les CMP.... ?! Je suis très étonnée Beaucoup de programmes, d'études aux USA, peu en France... J'ai trouvé que la présentation des techniques de psychothérapie donnait le sentiment de faire la promotion de la "thérapie comportementale dialectique" qui est pourtant peu connue. Equilibrer les paragraphes entre les différentes psychothérapies serait préférable
Expert 21	Tout ce qui est souligné est tout à fait pertinent. Mais je pense que, selon mon expérience, pourraient être davantage mis en exergue : - l'importance de l'hospitalisation - l'importance d'une approche psychodynamique du fonctionnement psychique, avec une sensibilisation aux aspects latents et inconscients. Le repérage des identifications(cf. article joint) ainsi que leur évolution dans le temps (cf. articles joints plus haut et ci-dessous), à l'aide d'entretiens clinique psychodynamique et de bilans projectifs, est un indicateur précieux. La mise en sens et en liens est essentielle pour éviter des répétitions par des passages à l'acte (qui me sont régulièrement apparus comme des quêtes de sens quand les non-dits ne pouvaient plus être passés sous silence) - l'importance de l'inclusion de la famille dans les soins dès le début de l'hospitalisation, afin d'éveiller des prises de conscience aussi au niveau familial (sans culpabiliser aucun membre de la famille, mais en observant les modes de communication et les interactions, à un double niveau interrelationnel et

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	systémique)
Expert 22	Argumentaire très clair, complet à mon sens. Lecture facile.
Expert 24	Voici quelques réflexions au sujet de l'argumentaire: Dans la partie "référentiel de compréhension", le texte est peu espacé, la lecture est complexe car les notions théoriques sont hors porté de nombreux professionnels 3.3 approche développementale : "Niveau de développement comportemental" > quelle est cette notion? 3.4 approche écosystémique : je ne lis rien sur l'environnement scolaire qui me semble pourtant important chez les enfants Possibilité de mobiliser des relations d'aides = pas applicable à l'enfant 5.1 dépistage et repérage : on passe de notion très théorique à des recommandations sur amont et aval > je vois pas le lien ? quelle argumentaire permet ces conclusions ? Pourquoi ne pas dire que les données de la recherche ne permettent actuellement pas de statuer quant à l'intérêt d'un repérage systématique ? d'autant que la iatrogénie est estimé nulle, voire est attendu un bénéfice sur les populations à risque ? La JAPD ne serait pas un moment adéquat pour des autoquestionnaires de dépistage? J'ai déjà critiqué plus haut la notion "d'acceptabilité" Le dépistage systématique en population vulnérable est indispensable (pour exemple au CMP où j'ai travaillé 2 ans: de nombreux adolescents, suivis de longue date par des soignants du CMP, m'étaient orientés pour discuter la nécessité de la mise en place d'un traitement antidépresseur, les soignants n'avaient jamais posé la question des idées / tentatives de suicide, pourtant très vite dès que la question leur étaient posé, les adolescents et les enfants répondaient très honnêtement, très justement de leurs pensées suicidaires. 5.2.5.3 aux urgences : A quel moment dépister pour population pédiatrique avec plainte somatique ? Attention au dépistage chez enfant qui ne peut pas être identique à celui de l'adulte Et pourquoi pas dépistage systématique dans population à risque (ASE ?) 10.04 plan d'urgence : spécificités pour les enfants : plan pas adapté pour les enfants. 11.7.2 thymorégulateurs : ne faudrait il pas préciser troubles uni et bipolaires de l'adolescence et de l'adulte jeune? car chez les enfants la bipolarité se discute.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 26	C'est un travail de synthèse très important, qui comporte beaucoup de détails et de précision.
Expert 27	Dans les documents joints de proposition de corrections de l'argumentaire et des recommandations, j'ai pu relever (en dehors de corrections orthographiques et de ponctuations) des formulations dont le contenu ne semble pas accessible à tous les professionnels concernés soit du fait de leur complexité, soit de par leur construction grammaticale. Il manque quelques references bibliographiques :
Expert 28	Dans certaines parties les phrases sont longues et complexes avec des termes pas toujours évidents pour par exemple des pédiatre, non psychiatres.
Expert 30	L'argumentaire est très intéressant. Je me suis néanmoins perdue dans certains paragraphes, qui me semblent relevés du domaine hyperspécialisé et peu adaptés aux professionnels de première ligne et/ou à la pratique quotidienne (paragraphe 1.6.4 très lourd à lire ; recommandation sur les quatre approches complémentaires qui n'apporte pas grand chose en pratique quotidienne ; évaluation/formulation du potentiel suicidaire trop complexe à mon sens ; accompagnement de moyen et long terme : paragraphe "les interventions psycho-sociales très long et qui n'aboutit pas à une recommandation)
Expert 34	Il est clair, lisible
Expert 35	Très bien mais attention au langage qui n'est pas du tout adapté
Expert 38	Il me manque un versant prévention dans le document, plus particulièrement dans le suivi pédiatrique. Nous avons la possibilité de dépister et de prevenir des troubles très précoces avec l'échelle ADBB et l'impact de la dépression postpartum, un diagnostic largement sous-évaluée en France. Les enfants passent avec le nouveau carnet de santé tous des gros examens avec une partie neuro-developpement à 2, 3, 4, 6, 8, 10-13, 14-16 ans ainsi qu'une consultation de contraception/prévention MST. Ces gros examens pourraient correspondre à un moment idéal pour organiser le dépistage et la prévention.
Expert 40	Excellente mise à jour scientifique.

Proposition 50

La méthodologie employée pour l'élaboration des recommandations est clairement présentée.

(Si non, préciser d'autres informations nécessaires).

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	35	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	97.22	2.78

Expert	Commentaires
Expert 8	il manque néanmoins la liste des experts , il y a t il des pédopsychiatres du terrain?
Expert 21	Faire apparaître aussi la nécessité d'entretiens cliniques d'approche psychodynamique et préconiser aussi quand c'est possible un bilan approfondi appréhendant les aspects plus latents de la personnalité(tests projectifs Rorschach et TAT) serait très bienvenu, et si possible avec une approche longitudinale pour explorer l'évolution des aménagements psychiques dans le temps (cf. mes articles déjà annexés plus haut)
Expert 26	comme la plupart des recommandations sont "AE", il faudrait lister les experts et préciser combien ont voté pour chaque
Expert 34	La lecture en est "compliquée". La mise en page proposée ici à l'écran fait apparaitre de très nombreuses coquilles: manque de lettres, apparition des signes comme des ?

Proposition 51

Les enjeux, objectifs et limites, ainsi que la population cible et les professionnels concernés sont

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

clairement présentés

Valeurs manquantes : 5
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 2
Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	30	5

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	85.71	14.29

Expert	Commentaires
Expert 1	Oubli des psychiatres libéraux rattrapé partiellement dans le paragraphe suivant
Expert 10	Il n'y a AUCUNE référence à la discipline pédopsychiatrique (ou psychiatrie du mineur) dans l'ensemble du texte de la RBP, c'est un comble ! En reprenant la Conférence de consensus de 2000 sur "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge", on note page 14 : "L'intervention du psychiatre se situe à toutes les phases de la crise suicidaire pour : - évaluer la psychopathologie, - diagnostiquer la crise et les troubles psychiatrique associés, - déterminer les stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients", voilà un propos clair et précis!
Expert 11	pas d'avis
Expert 15	Place de la psychiatrie libérale?
Expert 17	Je trouve que les professionnels concernés et les dispositifs de prise en charge

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	pourraient être plus clairement identifiés et présentés. Concernant les enjeux, il m'a semblé que l'introduction de l'argumentaire pourrait être davantage efficace. Voilà les idées importantes selon moi à mettre plus en valeur: - Si des données statistiques sont avancées, on peine à saisir l'évolution de ces taux de suicide ces 50 ou 10 dernières années. On se suicide moins en France et cette baisse concerne toutes les catégories de populations. Baisse qui s'est amorcée à partir des années 1985. Par ailleurs, il y aurait intérêt à introduire la variable territoriale. - La France connaît quand même un taux de suicide élevé si l'on compare aux autres pays européens. - Si le taux de suicide des jeunes est parmi les plus faibles concernant les catégories d'âge, il n'en demeure pas moins que peu de personnes décèdent à cette période de vie. Le suicide est donc une cause de mortalité parmi les plus fréquentes quand il s'agit des jeunes. - + Hausse des tentatives de suicide.
Expert 24	manque souvent distinction ado- enfant
Expert 26	Les enjeux sont bien présentés, mais les recommandations s'appliquent parfois mal aux professionnels concernés. Il y a aussi un certain flou concernant la population cible (jusqu'à quel âge ?), mais c'est un parti pris des experts.
Expert 34	Avec un petit bémol sur la place des familles et des fratries, et du cercle familial élargi aux oncles/tantes/cousins... grands parents
Expert 37	toujours la question du bornage des âges...

Proposition 52

Toutes les informations scientifiques disponibles à ce jour sont présentées.

(Si non, merci de nous envoyer les articles manquants).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	29	5

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	85.29	14.71

Expert	Commentaires
Expert 7	voir sinon commentaires des propositions
Expert 8	Sous réserve de la consultation exhaustive de la biblio, j'ai apprécié de voir des auteurs français qui ont publié en anglais mais je n'ai pas vu beaucoup d'auteurs français au sein de publications françaises. Nous avons en France des praticiens, une clinique, es ouvrages et et des revues de qualité(Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Perspectives Psy, Information Psy____) et des ouvrages européens sur ce thème
Expert 17	Il manque des travaux sociologiques. A voir s'ils sont importants pour l'argumentaire...
Expert 21	En plus des articles joints plus haut au fur et à mesure, voici quelques références qui me semblent importantes : Catheline, N. (2015). Le harcèlement scolaire. Paris: PUF de Kernier, N. (2015). Le geste suicidaire à l'adolescence. Tuer l'infans. Paris : PUF de Kernier, N. (2020). Le suicide. Paris : PUF, coll. Que sais-je ? Huerre, P.& Lida-Pulik, H. (2003). Conduites suicidaires à l'adolescence (à partir d'une pratique d'hospitalisation avec études). Le Carnet PSY, 85 (8), 26-29 Jeammet, P. (2016). Les comportements autodestructeurs - anorexie, scarifications, mutilations - sont une façon pour l'adolescent d'agir sur sa vie. Des outils existent pour mieux les prévenir. Sciences Humaines, 279 (3), p.25 Ladame, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson Ladame, F. (2009). Narcissisme, dépression et suicide à l'adolescence. Perspectives Psy, 48 (1), 61-65 Marcelli, D. (2003). Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. Le Carnet PSY, 85, 8, 21-24 Marcelli, D.& Berthaut. E. (2001). Dépression et tentative de suicide à

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	l'adolescence. Paris: Masson Pommereau, X. (2013). L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod
Expert 22	Je ne peux pas répondre.
Expert 26	La littérature est très abondante sur le sujet
Expert 27	Cyrulnik, Boris, Jeannette Bougrab, et France. Secrétariat d'État de la Jeunesse et de la Vie associative. 2011. Quand un enfant se donne «la mort»: attachement et sociétés. Paris, France: O. Jacob, impr. 2011...
Expert 32	que je sache...
Expert 34	http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapportterrasynthese.pdf . Synthèse du rapport et liste des recommandations. on retrouve des adolescents dans ce rapport
Expert 36	je vais vous envoyer les références et articles que j'ai d'ailleurs cités dans mes commentaires concernant les recommandations.
Expert 37	en fait, je dis oui "à ma connaissance"
Expert 40	Dans l'ensemble oui. La notion d'urgence est possiblement trop centrée sur l'identification d'information au sujet du scénario suicidaire (voir document joint).

Proposition 53

Les recommandations correspondent aux informations analysées.

(Si non, proposer une formulation plus adaptée).

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	34	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	94.44	5.56

Expert	Commentaires
Expert 15	Dispositif de veille selon moi intéressant mais trop mis en avant dans ces recos
Expert 23	le plus souvent - à voir par proposition
Expert 26	La plupart des recommandations sont "AE", donc ne reposent pas fondamentalement sur les données de la littérature

Proposition 54

D'autres informations seraient utiles.

(Si oui, préciser lesquelles).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	16	18

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	47.06	52.94

Expert	Commentaires
Expert 1	NSP
Expert 4	Voir ci-dessus

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 5	J'ai proposé que soit mentionner notre dispositif de Permanences d'Évaluations Cliniques et d'hôpital de jour intensif comme dispositifs innovants.
Expert 6	le nombre de professionnels susceptibles d'être inclus dans un tel dispositif les moyens humains nécessaires l'état réel en personnel du dispositif la répartition géographique le délai de réponse du dispositif
Expert 7	voir commentaires
Expert 8	Biblio française
Expert 11	pas d'avis
Expert 15	voir réponse 49
Expert 16	la question très pratique de la concrétisation de ces guides.
Expert 17	Je ne sais pas répondre en l'état.
Expert 19	Présenter brièvement les CMP, les CMPP.. Ce qu'est l'offre de soin en pédopsychiatrie
Expert 21	Tout ce qui est souligné est tout à fait pertinent. Mais je pense que, selon mon expérience, pourraient être davantage mis en exergue : - l'importance de l'hospitalisation - l'importance d'une approche psychodynamique du fonctionnement psychique, avec une sensibilisation aux aspects latents et inconscients. Le repérage des identifications est un outil de compréhension précieux (cf. article joint) ainsi que leur évolution dans le temps (cf. articles joints plus haut et ci-dessous), à l'aide d'entretiens clinique psychodynamique et de bilans projectifs. La mise en sens et en liens est en effet essentielle pour éviter des répétitions par des passages à l'acte (qui me sont régulièrement apparus comme des quêtes de sens quand les non-dits ne pouvaient plus être passés sous silence) - l'importance de l'inclusion de la famille dans les soins dès le début de l'hospitalisation, afin d'éveiller des prises de conscience aussi au niveau familial (en observant les modes de communication et les interactions, à un double niveau interrelationnel et systémique)
Expert 24	oui plus d'information et de recommandation sur les spécificités des processus suicidaires, des moyens d'action, chez l'enfant.
Expert 26	La section épidémiologique pourraient être enrichies de données sur le nombre de suicides chez des enfants/adolescents non préalablement connus en psychiatrie, la mortalité par réitération, et les moyens utilisés.
Expert 27	je les ai proposées au fur et à mesure ainsi que dans les documents joints. Je vous ai adjoint quelques parties de mon travail de thèse dont la bibliographie (même si elle date un peu) pourra peut être vous servir.

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert 32	j'ai mis dans chaque item lorsque je pensais que des infos supplémentaires étaient nécessaires. Globalement toutes les infos les plus pertinentes sont bien présentes;
Expert 34	Des plaquettes destinées à un très large public, et pourquoi pas comme pour le SIDA une information et plaquettes dans les lycées et collèges
Expert 36	Voir mes commentaires (incluant des références) relatifs aux recommandations
Expert 38	Il me manque un versant prévention dans le document, plus particulièrement dans le suivi pédiatrique. Nous avons la possibilité de dépister et de prévenir des troubles très précoces avec l'échelle ADBB et l'impact de la dépression postpartum, un diagnostic largement sous-évalué en France. Les enfants passent avec le nouveau carnet de santé tous des gros examens avec une partie neuro-développement à 2, 3, 4, 6, 8, 10-13, 14-16 ans ainsi qu'une consultation de contraception/prévention MST. Ces gros examens pourraient correspondre à un moment idéal pour organiser le dépistage et la prévention

Proposition 55

La présentation des recommandations est claire et adaptée aux pratiques professionnelles.

(Si non, proposer une formulation plus adaptée).

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	29	7

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	80.56	19.44

Expert	Commentaires
Expert 4	Certains aspects (prévention...) sont plus développés que d'autres (prise en charge). La prise en charge des crises suicidaires et des TS n'est pas différenciée
Expert 8	sous réserve de l'hospitalisation d'une semaine après une TS
Expert 10	par exemple R11 et R14, Tableau 1 et 2 de l'utilisation de la BITS, les questions sont dans le même ordre alors que l'inverse est écrit dans la recommandation ; Quel(le) professionnel(e) va comprendre que la tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent est un des objets cliniques de la pédopsychiatrie ?
Expert 17	Il me semble toutefois que les recommandations recourent parfois à un jargon qui complique leur compréhension.
Expert 24	Pas toujours; il y a quelques données confuses et souvent le manque de moyen en filigrane...
Expert 26	difficile pour les non spécialistes
Expert 27	Je l'ai précisé dans les documents joints.
Expert 28	Dans certaines parties les phrases sont longues et complexes avec des termes pas toujours évidents pour par exemple des pédiatre, non psychiatres.
Expert 32	idem j'ai fait ces modif au fur et à mesure globalement très clair mais juste des fois des sensations de rédactions non homogène en particulier la partie 4 sur évaluation du risque suicidaires qui est assez différente dans le style d'écriture avec le reste
Expert 35	Parfois le langage est trop complexe ou les explications pas assez claires

Proposition 56

Avez-vous des commentaires généraux à faire sur le texte des recommandations ?

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1.5

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	17	17

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	50.00	50.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Recommandations assez complètes mais peut-être insuffisamment appuyées sur l'importance de l'établissement de la relation thérapeutique qui doit être bienveillante , chaleureuse et de l'engagement personnel. Insister sur la continuité et la mobilisation dans la durée ,du professionnel référent.
Expert 6	déjà dit plus haut les bonnes intentions oui mais quels sont les moyens pour y parvenir d'une manière tant qualitative que quantitative
Expert 7	brava à l'équipe de redaction pour leur enorme travail
Expert 8	certain outils recommandés ne sont pas diffusés comme le plan sécurité ou peu formalisés comme la ligne d'appel du ministère de la Santé
Expert 10	Je trouve le style trop souvent abscons et je m'interroge sur comment les "professionnels concernés", au vu de leur diversité, vont pouvoir l'utiliser... L'absence de toute référence à la psychologie, à la pédopsychiatrie, à la psychopathologie et aux sciences humaines est un choix épistémologique que je ne partage pas.
Expert 12	texte clair offrant des recommandé opérationnelles
Expert 13	comme toujours dans cet exercice, je regrette la survalorisation de ce qui serait "prouvé" par le marketing des revues scientifiques payantes, aux dépens de la littérature grise. Tous les psychiatres ne sont pas des chercheurs intéressés par le fait de publier, ce qui demande des moyens que nous n'avons pas. Les libéraux en particulier ne sont pas rémunérés pour cet exercice. Pourtant, ils travaillent, rendent compte de leur pratique, et l'absence de standardisation de leurs

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	publications ne justifie pas de les négliger. Par ailleurs, je me demande comment articuler ce document avec les RBP de psychiatrie adulte : ici beaucoup d'attention sur des aspects multidimensionnels de la pathologie psychiatrie. Dans les RBP adultes, une vision beaucoup plus mécanique mettant en avant des aspects génétiques, des médicaments aux dépens des autres dimensions du soin psy psycho-social. Enfin, je m'étonne de la valorisation du traitement par la kétamine, qui ne fait pas l'objet de proposition e RBP, et du dédain pour tout ce qui relève des thérapies de soutien ou de psychanalyse. Pourtant le texte insiste bien sur la difficulté d'obtenir des ERC avec groupes contrôles forcément thérapeutiques eux-aussi. On peut en déduire certes que ce qui fait preuve de son efficacité est d'autant plus efficace, mais aussi que le travail fourni par chacun sur le terrain est globalement toujours efficace. Pour finir, il manque une évaluation de l'impact de ces RBP : au minimum un sondage auprès des professionnels concernés pour savoir qui en a entendu parler, qui les lit, etc. A ma connaissance, très peu de monde. Je n'entends jamais dans les travaux entre professionnel un argument comme : "comme le propose la HAS dans la RBP..." j'aimerais donc savoir quel est le rapport coût/efficacité des RBP en psychiatrie. Merci
Expert 15	voir 49
Expert 19	Concrètement, je dois dire qu'il m'a été difficile de travailler sur ce document quant à la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires, quand au quotidien, dans mon travail, je vois à quel point le MANQUE CRIANT DE MOYENS rend ces recommandations, pourtant adaptées et justifiées, éloignées de la réalité d'aujourd'hui. Exemples : Nous sommes obligés de faire patienter parfois plus de 24h des ados suicidants aux urgences car il n'y pas de place en pédiatrie (je ne parle même pas de l'hospit en pédopsy, des semaines d'attentes) Les CMP sont saturés, des mois d'attente pour débiter une prise en charge même minimaliste. Pédopsychiatres libéraux en nombre grandement insuffisant, Le tout avec une protection de l'enfance débordées, des enfants maktraités restent chez eux, ce qui favorise les geste suicidaires (et tout un panel psychopathologique plus large...) J'espère que l'édition de ces recommandations va davantage mettre en lumière que l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et ados est largement insuffisante.
Expert 21	Je propose que soient mis davantage mis en exergue : - l'importance de l'hospitalisation

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	- l'importance d'une approche psychodynamique du fonctionnement psychique, avec une sensibilisation aux aspects latents et inconscients. Le repérage des identifications est un outil de compréhension précieux (cf. article joint) ainsi que leur évolution dans le temps (cf. articles joints plus haut et ci-dessous), à l'aide d'entretiens clinique psychodynamique et de bilans projectifs. La mise en sens et en liens est en effet essentielle pour éviter des répétitions par des passages à l'acte (qui me sont régulièrement apparus comme des quêtes de sens quand les non-dits ne pouvaient plus être passés sous silence) - l'importance de l'inclusion de la famille dans les soins dès le début de l'hospitalisation, afin d'éveiller des prises de conscience aussi au niveau familial (en observant les modes de communication et les interactions, à un double niveau interrelationnel et systémique) Ces aspects me sont apparus essentiels dans ma pratique hospitalière.
Expert 23	Bravo aux groupes de travail
Expert 24	De manière générale la plupart des recommandations sont applicable en population adolescente et très peu en population enfants. pourquoi avoir voulu regrouper les deux? ou ne pas consacrer un chapitre complet à l'ensemble des recommandations particulièrement chez les enfants en fonction des spécificités de ces âges? La dépression des nourrissons qui se laissent mourir n'est pas abordée non plus!
Expert 25	malgré tout, la formulation emploie quelquefois des termes très techniques qui ne me semble pas s'adresser dans tous les cas à un public non spécialisé en psychiatrie.
Expert 26	Il est sans doute difficile d'accès pour les nons spécialistes
Expert 27	se reporter au document adressé en pièce jointe
Expert 30	pas toujours, cf remarques pour proposition 49
Expert 32	j'ai mis eu fur et à mesure. Je pense qu'il est nécessaire de mettre des parties en gras ou souligné pour structuré d'avantage sinon ça fait pavé et c'est difficile à lire
Expert 36	Il ne met pas suffisamment en exergue la nécessité essentielle d'impliquer les parents dans les crises suicidaires des enfants et adolescents, tant dans la prise en charge initiale que dans les dispositifs de veille. De plus, les pratiques ont aujourd'hui évolué et mettent en évidence l'intérêt de ne pas hospitaliser systématiquement les enfants et adolescents suicidaires pour faciliter précisément ce travail avec les parents qui contribue à la prévention des récidives. Le texte n'est pas suffisamment clair à ce propos, et c'est pourquoi j'ai proposé de compléter notamment la section 6.2 Prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Enfin, il n'est pas mentionné dans les recommandations la durée nécessaire du

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	suivi alors que la revue de la littérature s'accorde à reconnaître que le risque de récurrence des crises suicidaires chez les enfants et adolescents persiste pendant un an.
Expert 38	Il me manque un versant prévention dans le document, plus particulièrement dans le suivi pédiatrique. Nous avons la possibilité de dépister et de prévenir des troubles très précoces avec l'échelle ADBB et l'impact de la dépression postpartum, un diagnostic largement sous-évalué en France. Les enfants passent avec le nouveau carnet de santé tous des gros examens avec une partie neuro-développement à 2, 3, 4, 6, 8, 10-13, 14-16 ans ainsi qu'une consultation de contraception/prévention MST. Ces gros examens pourraient correspondre à un moment idéal pour organiser le dépistage et la prévention
Expert 40	Félicitations.

Proposition 57

Finalement, faut-il adopter ces recommandations ?

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	35	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	97.22	2.78

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 7	OUI OUI et les diffuser. Quel est le budget pour cela?
Expert 8	sous réserve d'avoir les informations ci dessus
Expert 10	Primum non nocere.
Expert 15	Pas sous cette forme mais bonne base de travail
Expert 19	OUI ++++++
Expert 21	Oui, mais ces recommandations gagneraient en force en mettant davantage en exergue(je me répète) : - l'importance de l'hospitalisation - l'importance d'une approche psychodynamique du fonctionnement psychique, avec une sensibilisation aux aspects latents et inconscients. Le repérage des identifications est un outil de compréhension précieux (cf. article joint) ainsi que leur évolution dans le temps (cf. articles joints plus haut et ci-dessous), à l'aide d'entretiens clinique psychodynamique et de bilans projectifs. La mise en sens et en liens est en effet essentielle pour éviter des répétitions par des passages à l'acte (qui me sont régulièrement apparus comme des quêtes de sens quand les non-dits ne pouvaient plus être passés sous silence) - l'importance de l'inclusion de la famille dans les soins dès le début de l'hospitalisation, afin d'éveiller des prises de conscience aussi au niveau familial (en observant les modes de communication et les interactions, à un double niveau interrelationnel et systémique)
Expert 23	après analyse des commentaires des différents relecteurs car pas de remarques sur les grands principes et axes de ses recommandations et oui si un engagement des pouvoirs publics dans le sens de ces recommandations est possible (plan de formation de grande envergure, organisation des parcours de crise selon le niveau d'intervention requis via les ARS,...) Il existe un décalage je pense, entre les gold-standards de la prise en charge de la crise suicidaire des enfants et adolescent et l'offre de soins médicale de première et deuxième ligne actuellement en France. Nous arrivons au creux démographique avec carence en médecin traitant et la pédopsychiatrie pour la deuxième ligne est sinistrée en pédopsychiatres depuis plusieurs années. Certes les médecins ne sont pas les seules cibles de ces recommandations et des professionnels psychologues cliniciens et infirmiers, bien formés, peuvent avoir un rôle clé et porter l'accompagnement d'une crise suicidaire sans lourdes comorbidités. Mais ces recommandations sont donc ambitieuses dans ce qu'elles réclament de formation initiale et continue, de capacité de coordination, de réactivité des

Nombre d'experts sélectionnés : 59 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 40 questionnaire(s)

	réseaux et des structures (beaucoup de CMP et CMPP ne sont pas du tout organisés pour recevoir en urgence ou rapidement (je parle de quelques jours ou une semaine) après hospitalisation). Elles pourraient effrayer les professionnels des urgences et de la psychiatrie hospitalière et ambulatoire dans leur aspect opposable, en regard des moyens disponibles. La HAS s'est autosaisie de ce sujet : de quel soutien politique et stratégique du gouvernement disposeront ces recommandations ?
Expert 24	Mais certaines notions abordées sont très discutables.
Expert 29	A de très faibles nuances près (cf. commentaires ci-dessus)
Expert 32	mille fois oui évidemment
Expert 35	Après quelques modifications
Expert 36	Avec les précisions proposées suite à leur lecture