

SYNTHESE

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

Acteurs de soins de première ligne

Validée par le Collège le 9 septembre 2021

L'essentiel

- Les enfants et adolescents ayant fait une tentative de suicide récente, ou présentant un haut niveau d'urgence suicidaire doivent être orientés vers les urgences. Ceux qui présentent un niveau d'urgence suicidaire moyen à faible doivent être orientés vers un dispositif de soins de deuxième ligne.
- Les idées suicidaires de l'enfant ou de l'adolescent ne doivent pas être banalisées.
- En soins primaires, le repérage des enfants et des adolescents suicidaires repose sur une écoute active et un questionnement direct du patient et/ou sur l'utilisation du BITS pour en faciliter l'approche.
- Parler du suicide n'est pas incitatif au passage à l'acte.
- L'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent repose sur l'estimation du niveau d'urgence et de vulnérabilité.

Repérer les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire

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

- **Lors des consultations pour des difficultés en lien avec la santé mentale**, ou lorsque des difficultés se révèlent au cours de la consultation, interroger systématiquement l'enfant ou l'adolescent sur l'existence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes. Au besoin des outils comme l'*Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)* peuvent être utilisés (voir encadré ci-dessous)
- **Pour toutes autres consultations** d'enfants et d'adolescents, utiliser le *Bullying Insomnia Tobacco Stress Test (BITS)* (Tableau1), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans, pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes.

Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires

actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'*Ask Suicide-Screening Questions*.

Tableau 1. Questions du BITS

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

Questionnaire ASQ

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?

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

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

Poser la question à un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suicidaires n'induit pas chez lui de telles idées ou ne provoquera pas de passage à l'acte. Il est recommandé d'être clair et explicite lorsque la question est abordée.

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

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

- Consacrer au moins un entretien avec l'enfant ou l'adolescent seul ;
- Compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- Établir un contexte favorable : lieu adéquat, climat d'empathie, de non-jugement et de bienveillance, respect de la confidentialité ;
- Adapter l'évaluation au niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Prendre systématiquement en compte l'environnement de l'enfant et de l'adolescent, en particulier ses interactions avec sa famille et ses pairs ;

- Travailler l'évaluation avec l'entourage familial et pour l'enfant et l'adolescent concernés avec les référents socio-éducatifs, et en posant les bases de l'alliance thérapeutique ;
- Compléter l'évaluation initiale, si nécessaire, par d'autres entretiens différés dont le délai d'organisation doit être inversement proportionnel au niveau d'urgence et de vulnérabilité estimé.

Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents (titulaires de l'autorité parentale ou son tuteur le cas échéant) soient contactés, le clinicien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation conformément à l'article L1111-5 du code de la santé publique. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le clinicien peut mettre en œuvre l'intervention nécessaire à sauvegarder sa santé ou sa sécurité, notamment en termes d'orientation et de mise à l'abri. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

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

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

L'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent procède d'une démarche clinique. Des outils validés d'évaluation standardisée comme la version française de la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (cf. annexe) peuvent en guider la conduite, mais ne sauraient s'y substituer.

Évaluation d'une crise suicidaire

→ L'évaluation de l'urgence suicidaire :

- L'appréciation du niveau de souffrance ou de douleur psychique ;
- La caractérisation des idées suicidaires : caractère actif ou passif, intensité, fréquence, durée, contrôlabilité ;
- La recherche d'un scénario suicidaire (moyen, date et circonstances), le cas échéant, complété par :
 - l'évaluation du degré d'élaboration du scénario : précision dans le choix du moyen envisagé, précision et proximité de la date, anticipation des circonstances, etc.,
 - l'évaluation de la dangerosité du scénario : disponibilité et létalité du moyen envisagé, vraisemblance du scénario ;
- L'estimation du niveau d'intentionnalité suicidaire : velléité de passage à l'acte, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, projection dans l'avenir ;
- La recherche de facteurs dissuasifs (par exemple : la famille, un animal de compagnie, etc).

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

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

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

- L'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance (notamment alcool et autres substances psychoactives), ainsi que certaines caractéristiques psychoaffectives et comportementales (impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement) ;
- L'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;
- Les difficultés d'ordre familial (notamment le défaut de cohésion familiale, les troubles relationnels parent-enfant, les conflits intrafamiliaux et la maltraitance par négligences ou violences) ;
- L'existence d'un harcèlement par les pairs (notamment sur les réseaux sociaux) ;
- Toutes autres violences subies, qu'elles soient psychologiques, physiques ou sexuelles ;
- Les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'ASE ;
- Facteurs de protection :
 - Facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire ;
 - Soutien social ;
 - Spiritualité et croyances religieuses ;
 - Stratégies de coping : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire ;
 - ➔ Appréciation de l'évolution de la crise suicidaire (durée, évolution de l'intensité des idées suicidaires, existence de facteurs précipitants, etc.) ;
 - ➔ L'évaluation du niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent, en particulier s'agissant des capacités de régulation émotionnelle, de verbalisation et de représentation de la mort.

Orienter un enfant ou un adolescent suicidant ou suicidaire

Des propos suicidaires chez un enfant ou un adolescent ne doivent jamais être négligés ou banalisés.

Tout enfant ou adolescent ayant fait une **tentative de suicide récente** doit être orienté vers un service d'urgences, quel que soit le niveau d'urgence suicidaire actuel.

Si l'enfant ou l'adolescent présente des **idées suicidaires mais n'a pas fait de tentative de suicide récente**, la conduite à tenir est fonction de l'évaluation de l'urgence suicidaire :

- Si l'urgence suicidaire est élevée, l'enfant ou l'adolescent est envoyé aux urgences ;
- Si l'urgence suicidaire est faible à moyenne, l'enfant ou l'adolescent est orienté vers une prise en charge ambulatoire de deuxième ligne (telle qu'un CMP, un CMPP, un psychiatre libéral, ou selon le territoire une Maison des Adolescents) ;
- En dehors des situations d'urgence élevée, une réévaluation peut être reconduite à 2 ou 3 jours afin de préciser le niveau d'urgence et de vulnérabilité :
 - Demander à l'entourage à ce que l'ensemble des moyens létaux soient retirés ou mis hors de portée ;
 - 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 ;
 - Informer le patient et sa famille sur l'effet désinhibiteur de l'alcool et des autres substances ;

Il est conseillé au soignant de première ligne, d'établir son carnet d'adresse en amont de toute prise en charge en répertoriant les services d'urgence générales et spécialisées, CMP, CMPP, psychiatres libéraux, Maisons des Adolescents, sur son secteur d'exercice ainsi que leurs conditions d'accueil.

Pour n'importe quel doute ou question, appeler le numéro national de prévention du suicide (**31 14**).

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cocher toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)	Depuis la naissance		Au cours des 3 derniers mois	
<p>Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i>. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire, mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel.</p> <p>Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Ou avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ? Ou l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez :</p> <p>Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ?</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un, ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendaïson : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p>		
<p>Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p>		
<p>Préparatifs Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'un moyen spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
	Tentative la plus récente Date :	Tentative la plus létale Date :	Première tentative Date :	
<p>Létalité/lésions médicales observées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 2. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 3. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 4. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 5. Décès 	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	
<p>Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles</p>	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge, septembre 2021**
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr