HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

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

Validé par le Collège le 9 septembre 2021

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

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

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

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

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

Grade des recommandations

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

Descriptif de la publication

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

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

Haute Autorité de santé – Service communication information 5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 © Haute Autorité de santé – septembre 2021 – ISBN : 978-2-11-162646-1

Sommaire

Introduction 8

1. Repères épidémiologiques 9

1.1. Suicide 9

1.2. Tentative de suicide 9

1.3. Réitération suicidaire 10

1.4. Idées suicidaires 10

1.5. Populations d'intérêt 11

1.5.1. Adolescence 11

1.5.2. Enfance 11

1.6. Conduites suicidaires 12

1.6.1. Considérations préliminaires 12

1.6.2. Conduites suicidaires 12

1.6.3. Automutilation délibérée, automutilation non suicidaire et automutilation 13

1.6.4. Idées suicidaires 14

1.6.5. Tentative de suicide et suicide 14

2. Référentiels de compréhension 17

2.1. Les limites de l'approche par le risque 17

2.2. Approches développementales 17

3. Quatre principes généraux de la prévention du suicide 19

3.1. Approche globale ou multiple 19

3.2. Approche proactive et graduée 21

3.3. Approche développementale 22

3.4. Approche écosystémique, relationnelle et sociale 23

4. Quelques précisions cliniques et développementales 26

4.1. Comment expliquer la transition des idées suicidaires à la tentative de suicide ? 26

4.2. Quelles sont les motivations des enfants et des adolescents à se suicider ? 27

4.3. Que signifie « se suicider » pour un enfant ou un adolescent ? 27

4.4. La crise suicidaire 28

5. Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ? 29

5.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques 29

5.2. Revue des stratégies de dépistage 31

5.2.1. Outils employés 31

5.2.2. Performances psychométriques et interprétations 33

5.2.3. Faisabilité 33
5.2.4. Iatrogénie 34
5.2.5. Dépistage en milieux spécifiques 34
5.2.5.1. Milieu scolaire 34
5.2.5.2. Médecine de ville 37
5.2.5.3. Aux urgences 39
Stratégies de repérage 40
5.2.6. Stratégie nationale 40
5.2.7. Modalités cliniques du repérage 41
5.2.8. En milieu spécifique 42
5.2.8.1. Milieu scolaire 42
5.2.8.2. Médecine de ville 43
6. Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ? 45
6.1. Concepts et définitions 45
6.2. Recueil des informations 45
6.3. Estimation de la probabilité de conduites suicidaires 46
6.3.1. Principes généraux 46
6.3.2. Évaluation du potentiel suicidaire 47
6.3.2.1. Urgence suicidaire – Préconisations générales 48
6.3.2.2. Chez l'enfant et l'adolescent 48
6.3.2.3. Après une tentative de suicide 49
6.3.2.4. Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire 50
6.3.2.5. Limites à l'évaluation du potentiel suicidaire 50
6.4. Évaluation du risque suicidaire 51
6.4.1. Principaux facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide chez l'adolescent 51
6.4.2. Facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide chez l'enfant 53
6.4.3. Facteurs de protection du suicide et des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent 53
6.4.4. Stratégie d'évaluation du risque suicidaire 54
6.4.5. Pertinence de l'évaluation du risque 55
6.5. Évaluation intégrée 55
6.6. Outils d'évaluation 56
6.6.1. Chez l'adolescent 56
7. Comment orienter ? 60
7.1. En cas de repérage d'une crise suicidaire 60
7.1.1. Dans quel cas orienter ? 60
7.1.2. Vers qui orienter ? 60
7.2. Après une tentative de suicide 61

8. Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ? 63
8.1. Cadre professionnel 63
8.2. Cadre relationnel 63
8.3. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ? 64
8.3.1. Intérêt de l'hospitalisation 64
8.3.2. Critères d'hospitalisation 65
8.3.3. Conditions d'une prise en charge en ambulatoire 66
8.3.4. Exemple d'une prise en charge intensive en ambulatoire 67
8.4. Conditions d'hospitalisation 67
8.4.1. Où hospitaliser ? 67
8.4.2. Quelles modalités d'hospitalisation mettre en œuvre ? 68

9. Prise en charge hospitalière 72
9.1. Principes de prise en charge 72
9.2. Surveillance et protection en milieu hospitalier 72
9.3. Sortie d'hospitalisation 73
9.3.1. Critères 73
9.3.2. Conditions 73
9.3.3. Durée d'hospitalisation 73

10. Plan de sécurité 75
10.1. Objectifs 75
10.2. Construction du plan de sécurité 75
10.3. Composantes du plan de sécurité 76
10.4. Spécificités pour les enfants 76
10.5. Déclinaisons 76
10.6. Efficacité 77

11. Accompagnement de moyen et long terme 79
11.1. Objectifs 79
11.2. Remarques générales sur l'adhésion au suivi 79
11.3. Les interventions psychosociales 80
11.4. Les limites des ECR en prévention du suicide 81
11.5. Psychothérapies 81
11.5.1. Thérapie comportementale dialectique 81
11.5.2. Psychothérapie interpersonnelle 82
11.6. Thérapie basée sur la mentalisation 83
11.6.1. Psychothérapies d'orientations cognitives et comportementales (TCC) 83
11.6.1.1. TCC individuelle 83
11.6.1.2. TCC individuelle + familiale 84
11.6.2. Psychothérapie axée sur la résolution des problèmes 84

11.6.3. Psychothérapie de groupe 85
11.6.4. Interventions de soutien 86
11.6.5. Psychothérapies familiales 86
11.7. Traitements pharmacologiques 88
11.7.1. Antidépresseurs 88
11.7.2. Thymorégulateurs 89
11.7.3. Kétamine 89
11.8. Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) 90
11.9. Les interventions numériques 90
12. Les dispositifs de veille et de recontact 93
Table des annexes 95
Références bibliographiques 106
Participants 121
Abréviations et acronymes Erreur ! Signet non défini.

Introduction

La recommandation de bonne pratique sur le thème « Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge » est une autosaisine de la HAS. Elle fait partie des travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la HAS (1).

Enjeux et objectif de la recommandation de bonne pratique

Le suicide fait partie des causes de décès évitables.

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

Les tentatives de suicide font peser un lourd fardeau en raison de l'utilisation des services de santé pour soigner les blessures, de leur impact psychologique et social sur la personne concernée et ses proches et, parfois, de l'invalidité à long terme qui résulte des blessures (2).

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

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

Population concernée

La population concernée est celle des enfants et des adolescents.

Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées aux intervenants du secteur sanitaire, social et médico-social, de l'Éducation nationale et du secteur associatif notamment :

médecins généralistes, médecins scolaires, infirmières scolaires, urgentistes, infirmières d'accueil des urgences, psychiatres, infirmières de psychiatrie, psychologues, pédiatres, pharmaciens, éducateurs spécialisés, assistantes sociales…

Délimitation du thème

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

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

1. Repères épidémiologiques

1.1. Suicide

L'enfance et l'adolescence sont les deux classes d'âge pour lesquelles les taux mondiaux de suicide sont les plus faibles : 8 pour 100 000 habitants chez les 15-19 ans et 11 pour 100 000 habitants chez les 20-25 ans, contre 62 pour 100 000 chez les 50-54 ans et près de 1 140 pour 100 000 chez les plus de 80 ans (3).

Dans une analyse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiée en 2005 portant sur 90 pays, le taux moyen de suicide pour les 15-19 ans était de 7,4 pour 100 000. Ce taux était plus élevé chez les garçons (10,5 pour 100 000) que chez les filles (4,1 pour 100 000) (4). Le constat était similaire dans presque tous les pays, à l'exception de la Chine, de Cuba, de l'Équateur, du Salvador et du Sri Lanka, où le taux de suicide des femmes était plus élevé que celui des hommes. Dans les 90 pays étudiés, le suicide était la quatrième cause de décès chez les jeunes hommes et la troisième chez les jeunes femmes. La France se situait à la 51e place du classement des pays en fonction de leur taux de suicide.

Dans l'Hexagone, en 2016, le nombre global de décès par suicide tous âges confondus était de 8 435 (6 450 chez les hommes, 1 985 chez les femmes). Toutefois, les systèmes de recensements actuellement en vigueur sous-estimeraient de 10 % ce nombre, qui pourrait donc être corrigé à 9 279 (5). La même année, 26 décès par suicide ont été enregistrés chez les 1-14 ans et 352 chez les 15-24 ans, correspondant à des taux respectifs de 0,3 et 4,5 pour 100 000 habitants. Il faut toutefois souligner que la sous-estimation du nombre de suicides atteindrait dans ces tranches d'âge 10 à 30 % (6, 7) en raison de fréquentes erreurs de catégorisation. En effet, de nombreux suicides d'enfants et d'adolescents seraient attribués à des « accidents domestiques » ou à des « morts accidentelles » (8).

En 2016 toujours, la part du suicide dans le total des décès en population générale était de 1,5 %. Chez les 1-14 ans et les 15-24 ans, cette proportion atteignait 2,4 % et 15,2 % respectivement. Depuis plus de 30 ans, le suicide représente ainsi la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 5e cause de mortalité chez les moins de 13 ans (9).

Les moyens les plus utilisés par les enfants pour se suicider en Europe et aux États-Unis sont la pendaison et la suffocation (10). Pour les adolescents, c'est l'intoxication médicamenteuse volontaire qui est la plus fréquente (11).

Contrairement aux États-Unis où le taux de suicide des adolescents de 15 à 24 ans a augmenté constamment depuis 2014, jusqu'à atteindre des valeurs inédites depuis une vingtaine d'années (8), ce taux a diminué en France de près de 40 % depuis les années 2000 (12).

1.2. Tentative de suicide

En France, en 2017, le nombre global de séjours hospitaliers pour tentative de suicide était d'un peu moins de 89 000 et le nombre de personnes hospitalisées après une tentative de suicide était de 77 000. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 18 pour 10 000 chez les femmes et 12 pour 10 000 chez les hommes (5). Cette même année, dans la tranche d'âge des 10-14 ans, ce taux était d'environ 19 pour 10 000 chez les filles et de 3 pour 10 000 chez les garçons. Dans la tranche d'âge des 15-19 ans, il était de 41 pour 10 000 et de 12 pour 10 000 chez les filles et les garçons, respectivement (13). Ces chiffres, issus de l'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO), incluent les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences. En revanche, ils ne

tiennent pas compte des patients non hospitalisés après leur passage aux urgences, ni de ceux qui ont été hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences.

La même année, 4,3 % des filles et 1,5 % des garçons français de 17 ans déclaraient avoir fait au moins une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de leur vie (enquête ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), réalisée lors de la journée de défense et de citoyenneté auprès de 39 115 adolescents de nationalité française) (14). Aux États-Unis, la dernière enquête disponible du *Youth Risk Behaviour Surveillance System* (YRBSS) des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) révélait que le pourcentage d'élèves ayant fait au moins une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois avait connu une augmentation significative de 6,3 % en 2009 à 8,9 % en 2019 (15).

S'agissant des enfants, les tentatives de suicide apparaissent comme un phénomène rare mais non exceptionnel, puisque 10 à 15 % des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent concerneraient les moins de 13 ans (16). Malheureusement, les données épidémiologiques françaises actuelles ne nous permettent pas d'en connaître la prévalence exacte.

Le maigre corpus des études françaises dédiées aux conduites suicidaires de l'enfant est dominé par des séries de cas (17, 18). Quelques observations notables peuvent néanmoins être relevées. En les comparant à une population adolescente, Pfeffer a, par exemple, retrouvé des taux d'idéation suicidaire en population infantile plus élevés parmi les filles, mais des taux de tentatives de suicide plus élevés parmi les garçons (19). L'étude de Berthod *et al.* a, quant à elle, montré que les garçons suicidants étaient significativement plus jeunes et utilisaient des moyens significativement plus violents que les filles (17). Concernant les troubles psychiatriques associés, une constante semble se dégager quant à la prépondérance des troubles de l'attachement (18, 20). Dans une étude de Delamare *et al.,* portant sur 97 enfants de 6 à 12 ans hospitalisés pour une tentative de suicide, les relations parent-enfant étaient perturbées dans 95 % des cas (18). En revanche, les troubles psychiatriques caractérisés semblaient moins fréquents qu'en populations adolescente et adulte. Seuls 22 % des enfants qui avaient fait une tentative de suicide avaient au moins un diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV, et seulement 9 % avaient reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur (21). À l'appui de ces résultats, certains auteurs proposent que la tentative de suicide de l'enfant serait à mettre en lien avec un contexte environnemental particulier plutôt qu'avec une pathologie psychiatrique caractérisée (19, 21, 22).

1.3. Réitération suicidaire

Après une première tentative de suicide, la réitération concerne près d'un adolescent sur quatre (23). Le risque semble être majeur dans les 12 mois après la tentative index. Au cours d'un suivi post-tentative de 3 mois, Spirito *et al.* ont ainsi fait état d'un taux de réitération de 12 % (24). À 6 mois, ce taux s'élevait à 15 % dans une étude de Brent *et al.* (25), à 14 % dans une étude de Consoli *et al.* (26), et à 18 % dans une étude de Yen *et al.* (27). Dans une cohorte de 352 adolescents suicidants, King *et al.* (28) ont enregistré un taux de réitération de 25 % un an après la tentative de suicide index. Mirkovic *et al.* (29) ont, quant à eux, rapporté un taux de réitération suicidaire de 30 % dans une cohorte de 135 adolescents de 13 à 17 ans.

1.4. Idées suicidaires

À l'échelle mondiale, la proportion des 13-17 ans ayant eu des idées suicidaires sur les 12 derniers mois a été estimée, sur la base de données colligées par l'OMS, à 16,2 % chez les filles et 12,2 % chez les garçons (30), avec toutefois des variations allant de 12 à 22 % en fonction des régions du monde (31). Aux États-Unis, la dernière enquête annuelle du YRBSS retrouvait un taux de 18,8 % pour l'ensemble des élèves du pays (24,1 % pour les filles et 13,3 % pour les garçons) (15). La même

enquête montrait que 15,7 % des jeunes étatsuniens avaient planifié le moyen qu'ils comptaient employer pour tenter de se suicider (19,9 % pour les filles et 11,3 % pour les garçons). En France, les enquêtes déclaratives les plus robustes suggèrent que 8 % des collégiens et 13 % des collégiennes ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois (5).

En Europe, dans l'étude de Kovess-Masfety *et al.* (32), portant sur près de 7 000 enfants de 6 à 12 ans, répartis dans 7 pays européens, des idées suicidaires étaient présentes chez 16,96 % des sujets (de 9,9 % en Italie à 26,84 % en Allemagne). Les idées suicidaires étaient plus fréquentes dans les familles monoparentales et les familles nombreuses.

En France, les données sont malheureusement trop peu nombreuses et fiables pour être exploitables.

1.5. Populations d'intérêt

1.5.1. Adolescence

L'adolescence est un construit complexe, par nature difficile à définir. Il existe cependant un certain nombre de consensus sur lesquels il est possible de s'appuyer pour en appréhender les contours. Le premier, auquel abondent la médecine (33), la psychologie (34), la métapsychologie (35) ou la socio-anthropologie (36), consiste à reconnaître que l'adolescence est bien mieux définie par des bornes développementales situées dans un contexte socioculturel donné que par des critères d'âge civil, desquels la grande variabilité interindividuelle, interculturelle et interépoque récuse la fiabilité (37). D'après le deuxième consensus, l'adolescence s'inaugure au plan biologique par la puberté, souvent définie comme son moteur principal (38). À ce titre, l'activation neuroendocrine de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadotrope est considéré comme un réel coup d'envoi (39). Le troisième porte sur la nature psychosociologique de la fin de l'adolescence. L'adolescence est avant tout un construit socioculturel. Elle permet de rendre compte d'une forme de progressivité dans la transition de rôle social auquel les individus sont appelés en l'absence de rite initiatique institué.

Une fois posé que l'adolescence n'existe que d'être sous-tendue par un processus développemental biopsychosocial caractéristique et que, par définition, sa circonscription ne tolère que mal les bornes d'âge fixes, il faut aussi pouvoir considérer que de telles bornes sont nécessaires à construire des politiques de prévention. L'OMS propose de faire des adolescents des personnes âgées de 10 à 19 ans (40). La notion plus sociologique de « jeunes » ou « jeunes adultes », popularisée par l'Organisation des Nations unies, court quant à elle jusqu'à 25 ans (41). En 2018, Sawyer *et al.* ont employé un faisceau d'arguments biologiques, sociologiques et pragmatiques pour proposer, dans *The Lancet. Child & Adolescent Health*, une définition élargie de l'adolescence qui s'étendrait de 10 à 24 ans (42).

➔ Pour des raisons de pertinence clinique, de portée pragmatique, d'inclusivité et de prise en compte de processus développementaux et de contingences socio-anthropologiques, les recherches bibliographiques relatives à l'adolescence ont recouvert la période 10-24 ans, telle que proposée par Sawyer *et al*.

1.5.2. Enfance

Une fois la définition de l'adolescence posée, celle de l'enfance pose moins de difficulté : période développementale courant de la naissance – voire, pour certains, de la vie intra-utérine – à la puberté (43).

➔ Il est évident que le processus ne se rencontre pas en dessous d'une certaine limite d'âge développemental. Cela étant dit, la pauvreté de la recherche associée au suicide de l'enfant et

les difficultés de repérage que cette problématique implique ne permettent aujourd'hui pas de cerner cette limite avec précision. Nous avons donc fait le choix de ne pas restreindre *a priori* notre recherche bibliographique relative aux processus suicidaires de l'enfant par une borne inférieure d'âge.

Recommandation

R1. Compte tenu de ce que l'adolescence et, par extension, l'enfance sont définies de façon complexe par des critères biologiques, sociaux et culturels, il est préconisé de ne pas fixer de borne d'âge dans la conception des stratégies de prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent. Par ce choix, il s'agit également d'encourager l'ensemble des acteurs impliqués à prioriser dans leur action l'approche développementale plutôt que la segmentation sur des critères d'âge civil (AE).

1.6. Conduites suicidaires

1.6.1. Considérations préliminaires

La terminologie employée dans la littérature scientifique pour désigner les conduites et pensées relatives au suicide est souvent empreinte de confusions, d'imprécisions et de défauts de spécification qui compliquent sérieusement les possibilités de comparaison des études entre elles (44). L'environnement culturel, le patrimoine historique et traditionnel, le contexte légal, les éléments de stigmatisation ou encore les procédures officielles d'enregistrement propres à chaque pays sont autant de contingences qui interfèrent avec les nécessités scientifiques de qualifier de manière standardisée les évènements suicidaires.

De fait, les nomenclatures relatives au suicide font l'objet depuis plus de 20 ans de vifs débats dans la communauté des suicidologues (45-47). Il en existe de nombreuses versions, dont les plus reconnues sont d'origine étatsunienne (21, 22) ou internationale (48). À noter que la classification *princeps* établie par O'Carroll *et al.* en 1996 (45) a été révisée et mise à jour par Silverman *et al.* en 2007 (47). En 2016, cette dernière équipe a publié une revue systématique de la littérature consacrée aux difficultés de classification des conduites suicidaires (49). C'est sur la base de cette revue, largement reconnue par la communauté scientifique comme une référence, que nous décrivons ici les termes les plus fréquemment employés dans la clinique, la recherche et la prévention en suicidologie, ainsi que ceux qui ont été abandonnés ou remplacés.

1.6.2. Conduites suicidaires

Comme le rappellent Silverman *et al.* (46), il existe deux acceptions pour le terme « conduites suicidaires » (*suicidal behaviors*). La première, celle du langage courant, renvoie à l'évènement ponctuel à l'origine de la lésion auto-infligée et se resserre autour de la notion de tentative de suicide. La seconde, plus large, recouvre le suicide, les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Davantage conforme à ce qui est connu du spectre clinique et psychopathologique impliqué (50), cette acception avalise l'existence d'un « continuum » allant des pensées suicidaires au suicide complété. En effet, il est largement étayé que les personnes qui adoptent des conduites suicidaires préparatoires sont exposées à un surrisque de tentatives de suicide futures (51), et que le fait d'avoir fait une tentative de suicide augmente à son tour le risque de mourir de suicide (52). De même, les idées suicidaires augmentent

en elles-mêmes la probabilité d'une tentative de suicide ultérieure (53, 54), voire d'un suicide complété (55).

1.6.3. Automutilation délibérée, automutilation non suicidaire et automutilation

Selon Silverman (44), l'automutilation (*self-harm*) est définie comme un comportement auto-infligé, potentiellement préjudiciable, pour lequel il existe des preuves implicites ou explicites que la personne n'avait pas l'intention de se suicider (c'est-à-dire qu'elle n'avait pas l'intention de mourir). Le plus souvent, le terme « automutilation » est assorti, dans la littérature, du qualificatif de « délibéré » (*deliberate*). Or, la formule *deliberate self-harm* (DSH) pose une double difficulté. D'une part, elle ne recouvre pas les mêmes réalités cliniques selon qu'elle est employée en Europe, où elle qualifie l'ensemble des lésions auto-infligées, sans présupposé quant à l'intention de mourir, ou aux États-Unis, où elle exclut de fait les tentatives de suicide. D'autre part, l'adjonction de *deliberate* teinte la notion d'automutilation de la connotation pénale de « préméditation » (*deliberatedness*). Pour éviter toute confusion, les auteurs européens tendent maintenant à préférer le terme simple « d'automutilation » (56) ou parfois de comportement autovulnérant, tandis qu'aux États-Unis, c'est l'expression « automutilation non suicidaire » (*nonsuicidal self-injury* – NSSI) qui est largement utilisée.

Dans leur classification *princeps* des conduites suicidaires, O'Carroll *et al.* faisaient de l'intention de mourir le critère principal pour catégoriser un comportement comme « suicidaire » ou « non suicidaire » (45). Cette approche dichotomique a fait l'objet de nombreuses critiques pour être excessivement simplificatrice. En réponse à ces critiques, les auteurs ont inclus, lors de la révision de la nomenclature, une troisième catégorie intitulée « conduites liées au suicide avec intention non déterminée » (*suicide-related behavior with undetermined intent to die*) (47). Cette notion d'indétermination de l'intention est également reprise par les CDC (57), qui l'emploient pour distinguer la violence suicidaire autodirigée (avec intention de mourir), de la violence autodirigée avec une intention indéterminée ou non suicidaire.

Bien que plusieurs études aient révélé une forte corrélation entre l'incidence des automutilations non suicidaires et celle des tentatives de suicide (58), plusieurs auteurs ont souligné l'importance théorique, méthodologique et clinique d'opérer une distinction claire entre la première et la deuxième catégorie de comportement (45, 59). Parmi les arguments soulevés, on compte les observations selon lesquelles :

- les automutilations non suicidaires ont une prévalence bien plus importante que les tentatives de suicide. Les premières concerneraient 17 % à 28 % des personnes en population communautaire (60) et 40 % à 61 % en population clinique (61), tandis que les secondes toucheraient entre 3 et 9 % des adolescents en population non clinique (15) ;
- les automutilations non suicidaires sont largement dominées par les scarifications, les brûlures et les coupures, tandis que l'intoxication médicamenteuse constitue la méthode la plus fréquente pour les tentatives de suicide (45) ;
- le recours à l'automutilation permettrait à l'individu d'apaiser sa tension psychique en vue de restituer un mieux-être tandis que la tentative de suicide serait pour lui un moyen de faire cesser la souffrance en se soustrayant à sa vie actuelle. En d'autres termes, certains auteurs suggèrent que les automutilations seraient associées à une aspiration à vivre tandis que les tentatives de suicide seraient mues par une motivation à interrompre la vie (62).

1.6.4. Idées suicidaires

Stricto sensu, le terme « idées suicidaires » (*suicidal ideations*) qualifie le fait de penser à mourir. Le terme « suicidaire » désigne une personne présentant des idées suicidaires. Bien que moins fréquemment employé et plus imprécis, celui de « pensée morbide » (*morbid thoughts*) peut lui être considéré comme synonyme (63). Certains auteurs rangent également sous la même rubrique les notions de planification, de motivation ou d'intention. Des nuances quantitatives et qualitatives sont parfois apportées, telles que la distinction entre pensées suicidaires fugaces, persistantes et chroniques ou celle entre l'idéation suicidaire active (penser à se suicider) et passive (penser à mourir sans nécessairement considérer le suicide) (64). Dans leur algorithme classificatoire des conduites suicidaires (*Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment*, C-CASA), Posner *et al.* (22) proposent ainsi une définition plus fine des idées suicidaires comme des « pensées passives sur le fait de vouloir être mort ou pensées actives sur le fait de se suicider, non accompagnées d'un comportement préparatoire ». Enfin, le terme « idées noires », communément retrouvé dans le langage clinique sans qu'il soit possible de spécifier précisément ce qu'il recouvre, n'a été retenu par aucune des principales classifications nord-américaines ou internationales.

1.6.5. Tentative de suicide et suicide

Silverman (44) propose de définir une tentative de suicide (*suicide attempt*) comme un comportement auto-infligé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale, et pour lequel il existe une preuve (explicite ou implicite) de l'intention de mourir. L'auteur en distingue deux types en fonction de la présence ou de l'absence de blessures. Le suicide est, quant à lui, généralement défini comme le décès causé par un comportement préjudiciable autodirigé avec l'intention de mourir (57).

Le terme « suicidant », communément utilisé, désigne une personne ayant réalisé une tentative de suicide. Le terme « suicidé » qualifie une personne décédée par suicide.

Une fois de plus, il apparaît que la présence ou l'absence de l'intention de mourir, qu'elle soit déterminée de manière subjective ou objective, est considérée comme une caractéristique sémiologique clé pour définir les conduites suicidaires (44, 48). S'appuyant sur les résultats de la vaste étude multicentrique OMS/EURO menée de 1996 à 2001, de Leo *et al.* ont d'ailleurs proposé d'en faire le premier élément clinique à préciser devant un comportement autodestructeur constaté dans une unité de soins primaires (48).

Reste que la notion d'intentionnalité, elle-même, apparaît équivoque. Selon Silverman, elle correspondrait, dans le cadre d'un comportement suicidaire, à une forme de détermination, de désir, de souhait et de planification (64). Néanmoins, il est largement reconnu que l'intention de suicide relève d'une phénoménologie complexe et multidimensionnelle, caractérisée par différents degrés d'intensité et de gravité, et influencée par de multiples aspects des expériences humaines. 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.

- **Termes à connotation péjorative ou trompeuse**

Les CDC (57) recommandent de ne plus utiliser les termes « suicide accompli », « tentative ratée », « suicide non fatal », « suicide réussi » ou encore « menace de suicide » qui sont considérés comme péjoratifs ou trompeurs. En effet, ces expressions sont susceptibles de laisser entendre un jugement moral quant au comportement adopté, de lui adosser un présupposé de désirabilité ou d'indésirabilité du suicide, ou encore de le renvoyer à une qualification pénale. En France, la notion de « récidive suicidaire » pourrait être requestionnée à cette aune.

- **Parasuicide**

La notion de parasuicide (*parasuicide*) est utilisée par l'OMS pour décrire les conduites suicidaires non mortelles, sans préjuger de leur motivation. Elle a surtout été consacrée par l'enquête OMS/EURO qui en a fait l'un de ses axes de recherche. Néanmoins, au cours de l'étude, plusieurs investigateurs ont considéré que ce terme était excessivement inclusif et sujet à erreurs d'interprétation (48).

- **Suicidalité**

Selon Silverman, la suicidalité (*suicidality*) est souvent utilisée comme un fourre-tout notionnel recouvrant un large éventail de cognitions, d'émotions et de comportements liés au suicide (44). Malgré la fréquence de son usage dans la littérature scientifique, son caractère largement polysémique rend presque impossible de comparer les résultats empiriques qui s'y rapportent. Quant à son emploi en situation clinique, un groupe d'experts internationaux de premier plan en matière de prévention du suicide a conclu qu'il n'était pas aussi utile que des termes plus spécifiques comme « idéation suicidaire », « tentative de suicide » ou « suicide » (65).

Recommandations

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

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

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

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

Suicide : décès causé par un comportement autodirigé préjudiciable pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir.

Crise suicidaire : crise psychique dont le risque majeur est le suicide. En raison d'un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité, la personne est placée en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.

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

Conduite suicidaire : catégorie recouvrant la part agie du processus suicidaire, c'est-à-dire les tentatives de suicide et l'ensemble des comportements préparatoires au passage à l'acte.

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

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

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

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

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

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

R3. Par ailleurs, il est recommandé de ne plus employer les termes suivants en raison de leur imprécision, de leur caractère trompeur ou de leur connotation stigmatisante : « suicide accompli ou réussi », « tentative de suicide ratée », « autolyse », « menace suicidaire », « parasuicide », « chantage au suicide », « idée noire ». Il est également recommandé de ne pas utiliser les termes « récidive suicidaire », « commettre un suicide ou une tentative de suicide » en raison de leur connotation pénale (AE).

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

2. Référentiels de compréhension

Les modèles les plus récents conçoivent le processus suicidaire comme procédant d'un spectre continu s'étendant des idées suicidaires au suicide en passant par les tentatives de suicide. Elles sont le fruit d'interactions complexes entre, d'une part, les caractéristiques neurobiologiques, génétiques, cognitives, affectives et comportementales de l'individu, et, d'autre part, son environnement au sens large, à savoir ses relations familiales et sociales, sa culture et la société dans laquelle il évolue (66). Si le constat de multicausalité et de complexité du processus suicidaire est aussi ancien que la suicidologie elle-même (voir les controverses entre Tarde et Durkheim (67)), l'approche théorique et empirique de cette complexité a largement évolué depuis les 20 dernières années.

2.1. Les limites de l'approche par le risque

En matière d'exploration des déterminants des idées et conduites suicidaires, l'épidémiologie traditionnelle s'efforce depuis plus de 50 ans d'en individualiser et d'en isoler des prédicteurs cliniques ou sociodémographiques. Des centaines de facteurs de risque et de protection aux tailles d'effet variables ont ainsi été répertoriés et étayés avec plus ou moins de robustesse.

Bien qu'indispensable, l'approche unique par le risque, notamment lorsqu'elle concerne les interactions de l'individu avec son environnement, s'avère particulièrement faible pour générer des explications causales cohérentes aux idées et conduites suicidaires, notamment en termes de mécanismes et de dynamiques. Tout au mieux permet-elle de juxtaposer des prédicteurs dont elle identifie les possibles interactions. Deux récentes méta-analyses suggèrent que la performance des prédictions des conduites suicidaires *in vivo* sur la base d'un petit nombre de facteurs de risque dépasserait à peine le niveau de la chance (68, 69). De plus, l'hypothèse d'indépendance des facteurs de risque ne permet pas de rendre compte de la complexité des interactions qui se produisent chez les enfants et adolescents suicidaires au sein des niveaux physiologique, psychologique et social (interactions horizontales), mais aussi entre ces niveaux (interactions verticales). Le traitement statistique disjoint des variables relatives à l'environnement, d'une part, et à l'individu, d'autre part, conduit, lorsqu'il est érigé en conception théorique, à juxtaposer, voire à opposer leurs rôles respectifs (66).

Par ailleurs, la conception du lien causal spécifique, telle qu'inférée depuis l'association indépendante facteur de risque-conduite suicidaire, implique une forme de double exclusivité discordante avec les observations cliniques (70). Enfin, le caractère statique et linéaire des régressions utilisées pour tester les prédictions du risque suicidaire est inadéquat à comprendre la dynamique physiologique ou clinique qui caractérise les processus pathologiques dans les organismes vivants (71).

2.2. Approches développementales

Se posant en alternative conceptuelle et méthodologique à l'approche fondée sur le risque, les modèles développementaux appréhendent l'étiologie des désordres psychiques en termes de processus plutôt qu'en termes d'associations statistiques. Ils reposent sur la notion d'articulation fine et dynamique entre les facteurs individuels et environnementaux, et sur leur influence conjointe dans les émergences psychopathologiques (70). Cette articulation complexe, opérationnalisée en termes de facteurs de risque et de protection, serait à l'origine des vulnérabilités et des résiliences des individus face à l'adversité (72).

Appliquée au processus suicidaire, une telle conception semble davantage conforme aux observations relatives à la multicausalité du suicide, à l'aspécificité de ses déterminants et au caractère médié de

leur influence. Pour pouvoir être mis à l'épreuve des observations cliniques, le changement de paradigme qu'implique l'approche développementale s'accompagne d'un renversement empirique caractérisé par une centration des études sur les individus plutôt que sur les variables, et par un effort d'appréhension holistique d'un ensemble de facteurs conjugués plutôt que d'isolement de ces facteurs. Enfin, le caractère dynamique des affections psychopathologiques comme le processus suicidaire est de mieux en mieux saisi en termes de méthodologie, notamment au travers des études de trajectoires. Ces études adoptent une perspective diachronique plutôt que synchronique et s'intéressent tout particulièrement aux changements d'état, relâchant la présomption de linéarité pour étudier, par exemple, les phénomènes de seuil ou de transition (73, 74).

Le modèle de stress-vulnérabilité (*diathesis-stress model*) ou de stress-vulnérabilité-résilience est au cœur des approches développementales intégratives. Il postule que l'intensité du stress nécessaire à l'émergence d'une condition morbide donnée est inversement proportionnelle au niveau de vulnérabilité biopsychologique – ou diathèse – de l'individu (75). Son application en suicidologie a été principalement développée par les travaux de l'équipe de Mann (76) et de Brent & Turecki (77), qui ont proposé de distinguer les facteurs de risque identifiés dans la littérature en fonction de leur rôle supposé dans le processus suicidaire.

- Les facteurs distaux ou prédisposants correspondent aux déterminants biologiques et environnementaux précoces qui façonnent durablement la vulnérabilité au suicide. Ils regroupent principalement les antécédents familiaux de suicide, les facteurs anté et périnataux et l'adversité précoce.
- Les facteurs développementaux ou médiateurs peuvent être considérés comme des formes d'expression phénotypique de la vulnérabilité neurobiologique au suicide. Ils sont représentés par des traits ou états stables de fonctionnement témoignant du niveau de diathèse chez l'individu.
- Les facteurs proximaux ou précipitants sont les facteurs qui contribuent à la décompensation de la vulnérabilité sous la forme des conduites suicidaires. Les expériences de vie adverse en seraient les principales représentantes.

Plus récemment, le modèle de l'allostase a été développé pour approfondir la compréhension des mécanismes physiopathologiques impliqués dans l'interaction stress-diathèse (78). Se concentrant sur les substrats psychobiologiques du processus suicidaire, ce modèle fait de la régulation du stress un concept central. Il apparente l'individu à un organisme homéostatique qui doit, pour survivre, maintenir ses paramètres physiologiques dans une marge étroite de grandeur, et ce malgré les menaces environnementales. Le maintien de cette relative stabilité implique la mise en œuvre de mécanismes de régulation appelés mécanismes allostatiques. Bien que normalement adaptative, l'activation répétée ou prolongée des mécanismes de régulation du stress, appelée charge allostatique, conduirait à leur usure sous la forme d'altérations durables de leurs paramètres de fonctionnement (71). L'état allostatique qui en résulte, par lequel l'adversité finit par s'inscrire dans le biologique, ferait alors le lit des émergences psychopathologiques (79).

Le modèle stress-diathèse et, plus encore, le modèle allostatique ont amorcé une transition majeure entre une approche purement statistique et une compréhension davantage fonctionnelle du lien entre le processus suicidaire et ses déterminants. Par l'intermédiaire de la notion de stress, ils ont ouvert la voie à un rapprochement entre formalisations épidémiologiques et éléments de compréhension psychobiologiques.

3. Quatre principes généraux de la prévention du suicide

3.1. Approche globale ou multiple

Par analogie au modèle des maladies chroniques, la prévention du suicide a longtemps été structurée selon l'approche segmentaire chronologique proposée par la *Commission of Chronic Illness* (CCI) en 1957 (80). On distinguait alors :

- la prévention primaire visant à diminuer l'incidence des pathologies par une réduction de l'exposition aux facteurs de risque ;
- la prévention secondaire visant à réduire la prévalence des pathologies en s'opposant précocement à leur évolution ;
- la prévention tertiaire visant à réduire les complications, invalidités, rechutes ou récidives des pathologies.

En 1983, Gordon a défendu un modèle de prévention alternatif à celui de la CCI, lui reprochant de reposer sur un postulat excessivement biomédical, mécanistique et causaliste des émergences pathologiques (81). Il a proposé d'y substituer une typologie opérationnelle, fondée sur les groupes de population auxquels les différentes mesures bénéficieraient le plus. Trois niveaux s'y distinguent :

- la prévention universelle à destination de la population générale ;
- la prévention sélective concernant les populations à surrisque d'émergence pathologique compte tenu de critères sociodémographiques et pour lesquelles la balance coût/bénéfice est favorable à la mise en œuvre des actions de prévention correspondantes ;
- la prévention ciblée ou indiquée centrée sur les populations chez lesquelles ont été identifiés des facteurs d'exposition sérieux, des affections ou des anomalies les rendant suffisamment à risque d'émergence pathologique pour justifier des actions de prévention correspondantes.

Depuis une dizaine d'années, le modèle de Gordon, plus compatible que celui de la CCI avec le caractère aigu, complexe et multifactoriel du processus suicidaire, s'est progressivement imposé en prévention du suicide. Aussi, l'OMS, dans son rapport « *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* », a décrit (2) :

- les stratégies universelles de prévention du suicide, élaborées pour atteindre la population dans son ensemble et visant souvent à faciliter l'accès aux soins de santé, à promouvoir la santé mentale, à réduire la consommation nocive d'alcool, à limiter l'accès aux moyens suicidaires, y compris les armes à feu, et à encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de couverture du suicide ;
- les stratégies sélectives de prévention du suicide, menées à l'endroit des groupes vulnérables, c'est-à-dire présentant un risque suicidaire significatif compte tenu de leurs antécédents, de leur exposition à l'adversité ou de leur situation sociodémographique ;
- les stratégies indiquées de prévention du suicide, qui s'adressent à des personnes hautement vulnérables du fait qu'elles ont déjà présenté une ou des conduites suicidaires ou des troubles de santé mentale sérieux.

Dans le même temps, l'OMS rappelle que ces niveaux d'intervention ne sont ni mutuellement exclusifs, ni indépendants les uns des autres. Se faisant le relais de nombreux auteurs suicidologues (voir, par exemple, van der Feltz-Cornelis *et al.* (82) et Mann *et al.* (83)), elle invite, au contraire, à les associer

à travers l'élaboration de politiques nationales de prévention qui soient intégrées, stratégiques et fondées sur les preuves.

L'approche *multiple* ou *globale* entend répondre à la complexité et à la multicausalité du processus suicidaire qui implique à la fois des facteurs individuels, environnementaux et sociétaux. Elle prend acte de l'existence de nombreuses initiatives et de la mobilisation d'acteurs de champs divers œuvrant tous dans l'objectif commun de réduire les taux de suicide et de tentatives de suicide. Elle se pose surtout comme une condition non pas seulement à l'effet cumulatif de ces actions, mais surtout à leur mise en synergie, qu'elle considère être une composante clé des programmes nationaux de prévention du suicide.

L'approche multiple ou globale de la prévention du suicide vise à une articulation fine, rationnelle et efficiente des interventions et de leurs spécificités plutôt qu'à leur simple juxtaposition. Elle se décline en :

- **une approche multidisciplinaire**, c'est-à-dire reposant sur les connaissances issues de champs de savoir différents (sciences biomédicales, épidémiologie, sociologie, psychologie, anthropologie, éthique et déontologie, économie de la santé, etc.) ;
- **une approche multimodale**, c'est-à-dire combinant les types et modalités d'intervention (voir par exemple le programme québécois « Ensemble pour la vie » (84)) ;
- **une approche multisectorielle**, c'est-à-dire reposant sur un partenariat entre les différents secteurs impliqués (sanitaire, médico-social, social, éducatif, judiciaire, associatif, etc.). Cette coopération coordonnée et continue suppose une juste répartition et une mise en complémentarité des rôles et des attributions de chaque acteur en fonction de ses compétences et de ses responsabilités ;
- **une approche multiniveau**, c'est-à-dire combinant les interventions de portée universelle, sélective et indiquée.

Le dernier mode de classification des actions de prévention du suicide – et donc de structuration des stratégies afférentes – est moins souvent explicitement mentionné dans la littérature spécialisée. Il relève pourtant des canons de l'épidémiologie et de la médecine préventive tels qu'ils sont appliqués à travers le monde. Dans un article intitulé « *Sick individuals and sick populations* », initialement publié en 1985 (85, 86), Rose proposait un modèle de prévention fondé sur une stratégie à double niveau :

- la stratégie du « haut risque », ou stratégie individuelle, consiste à identifier les individus les plus susceptibles de développer l'affection considérée pour leur offrir une protection personnalisée, indépendamment des causes supposées de l'incidence de l'affection en question ;
- la stratégie « populationnelle » consiste à contrôler les déterminants de l'incidence de l'affection considérée dans la population traitée comme un ensemble (ou comme des sous-ensembles).

Le modèle de Rose, cité plusieurs milliers de fois, et dont la pertinence a été réaffirmée à l'épreuve de 20 ans d'application (87), se conforme sans difficulté à une affection aussi multifactorielle qu'est le processus suicidaire. Il permet notamment de prendre en compte un écueil souvent soulevé en prévention du suicide, à savoir celui de la difficulté – si ce n'est de l'erreur – qu'il y a à transposer des résultats empiriques obtenus à l'échelon populationnel au seul individu. En effet, alors que les facteurs de risque des idées et conduites suicidaires permettent de guider les politiques collectives de prévention en tant que déterminants de leur incidence, ils ne renseignent que mal sur la cause d'un suicide ou d'une tentative de suicide à l'échelle de l'individu (88, 89). Selon le modèle de Rose, la prévention personnalisée s'appuierait davantage sur l'identification d'une susceptibilité individuelle – en l'espèce, du fait d'une souffrance psychique, d'idées suicidaires ou d'antécédents de tentatives de suicide – que sur les causes supposées de cette susceptibilité.

Il faut enfin noter que le modèle de Rose et le modèle de Gordon ne sont ni mutuellement exclusifs, ni totalement superposables. Si la prévention universelle s'applique de fait à l'échelle populationnelle et la prévention ciblée aux individus à haut risque, les mesures de prévention sélectives peuvent concerner soit l'une (ex. campagne de communication auprès des populations LGBT), soit l'autre (ex. repérage des individus les plus à risque par le déploiement d'un réseau de sentinelles dans une sous-population surexposée). Surtout, les principes de multimodalité, multisectorialité et multidisciplinarité peuvent tout aussi bien se décliner à l'échelle individuelle que collective.

3.2. Approche proactive et graduée

L'expérience clinique est abondante et les éléments de preuve nombreux qui témoignent de la difficulté des jeunes les plus en souffrance à accéder à des ressources pourtant disponibles (90). Ces difficultés semblent d'autant plus invalidantes que la détresse est importante et, *a fortiori*, qu'il existe des idées suicidaires (91).

Pour une part significative, les obstacles sont personnels ou environnementaux, relevant de véritables barrières à la recherche d'aide (92). Ils entravent les possibilités de prendre conscience du problème, de reconnaître le besoin d'assistance, d'identifier les ressources disponibles et de mettre en œuvre une démarche active de recherche d'aide (93). Chez les personnes suicidaires, ces barrières prennent la forme d'une ambivalence quasi constante entre l'acceptation de l'aide et la tentation du soulagement de la souffrance par la mort. Pour certains auteurs, cette ambivalence serait même consubstantielle de la clinique de certaines crises suicidaires (ex. : Séguin (94)). Elle est probablement à mettre en rapport avec l'altération des cognitions, en particulier des fonctions exécutives, de la mémoire et des processus de décision, observée chez les personnes suicidaires et suicidantes (95, 96).

Il est possible de reconnaître quatre formes de barrières personnelles à la recherche ou à l'acceptation d'aide.

- **Les barrières en lien avec la stigmatisation ou l'autostigmatisation**. Elles sont le fruit d'une interaction entre représentations personnelles et perceptions sociales au sujet des idées suicidaires, des troubles de santé mentale et/ou des soins psychiatriques. La stigmatisation tend à générer de la culpabilité, de la honte, de l'autodépréciation ou de l'inhibition chez les personnes en souffrance.
- **Les barrières structurelles** sont relatives à l'accessibilité, au coût, à la visibilité ou à la praticité des ressources d'aide. Au-delà des obstacles concrets qu'elles représentent, les barrières structurelles pèsent défavorablement dans la balance motivationnelle de la recherche d'aide.
- **Les barrières psychologiques**, telles que le défaut de pointage, d'expression ou d'élaboration émotionnelle, dont il a été montré qu'il était un prédicteur négatif des comportements de recherche d'aide. Chez les enfants et les adolescents, les barrières psychologiques peuvent résulter de processus psychopathologiques et/ou développementaux.
- **Les croyances et préoccupations relatives aux soins et aux soignants**, notamment en matière de confidentialité, de fiabilité et de compétence.

La proactivité est une réponse nécessaire aux barrières à la recherche d'aide et à l'ambivalence suicidaire. Elle consiste à identifier, parmi les personnes en difficulté, celles nécessitant une attention particulière pour leur proposer une prise en charge adaptée, sans attendre une demande spécifique. En matière de prévention du suicide, une stratégie proactive a été retenue par le ministère des Solidarités et de la Santé dans son instruction du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide (97), ainsi que dans l'action 6 de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie (98).

La proactivité suppose une forme d'engagement visant à pourvoir aux besoins des personnes tout en prenant acte de leurs possibles difficultés à exprimer ces besoins. Il s'agit donc de s'efforcer de considérer l'ensemble des moyens à leur disposition pour leur apporter une réponse efficace et proportionnée, sans préjugé de motivation, ni exigence à leur endroit de quelconque gage d'investissement. La proactivité peut se décliner en une visée maximaliste plutôt que minimaliste dans les réponses apportées, la mise en œuvre de stratégies d'aller-vers, un effort de repérage et d'orientation soutenu faisant systématiquement prévaloir l'intérêt des personnes, le maintien du lien avec ces personnes en amont et en aval de leur prise en soin, et parfois, dans les circonstances les plus critiques, la protection de la personne malgré elle.

Toutefois, l'adoption de la proactivité comme principe de base des réponses à apporter aux personnes à risque suicidaire doit être conditionnée à une attention constante à ce que les interventions menées soient justement proportionnées aux besoins. En effet, le principe de proactivité ne saurait se concevoir sans une mise en balance, systématiquement ajustée aux situations individuelles, et d'autant plus attentive que la situation est critique, avec les risques d'intrusion ou d'atteinte aux libertés. Dans cette éthique de la prévention, la graduation des réponses, telle que préconisée par le ministère des Solidarités et de la Santé, est une garantie d'efficacité et de respect de la dignité des personnes.

3.3. Approche développementale

La prévention des idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent ne saurait se concevoir sans prendre la pleine mesure de ce qu'elle s'applique à des êtres en développement. Fondant la nécessité d'élaborer des recommandations spécifiques à cette population, les implications de cette valence développementale sont multiples.

- Sur le plan théorique, elle rejoint les modélisations les plus récentes des émergences suicidaires. En effet, la psychopathologie développementale appréhende l'étiologie des tentatives de suicide et du suicide en termes de processus plutôt qu'en termes de causalité linéaire. Elle propose de resituer chacun des facteurs de risque en fonction de leur implication étiopathogénique dans un agencement chronologique allant de la période intra-utérine au passage à l'acte. Aussi, la prévention infanto-juvénile se déploie à un double niveau : celui du risque suicidaire à court ou moyen terme chez les enfants et les adolescents eux-mêmes ; celui du risque suicidaire à long terme auquel contribuent les facteurs de risque survenant dans l'enfance et dans l'adolescence.
- Sur le plan pronostique, la plasticité développementale propre à l'enfance et à l'adolescence connote la prévention du suicide d'un caractère d'urgence. Dans un sens, au-delà de la morbidité contemporaine, la survenue d'une crise suicidaire à ces âges risque d'affecter – par elle-même ou par les altérations psychiques qu'elle traduit – les processus développementaux en cours et ainsi d'hypothéquer l'avenir des jeunes. À titre d'exemple, Reinherz et al. ont mis en évidence que le fait de présenter des idées suicidaires à 15 ans augmentait la probabilité d'avoir fait une tentative de suicide, mais aussi d'avoir un moins bon fonctionnement social, de présenter davantage de problèmes comportementaux, d'avoir une moindre estime de soi, d'avoir des relations interpersonnelles de moins bonne qualité et de présenter davantage de troubles psychiatriques à 30 ans qu'en l'absence d'antécédent d'idées suicidaires (99). De la même manière, dans une étude menée par Goldman-Mellor et al., sur une cohorte de 1 037 individus, le fait d'avoir fait une tentative de suicide à l'adolescence augmentait le risque de souffrir de troubles de santé mentale persistants, mais aussi de présenter ultérieurement des problèmes de santé physique, des comportements violents, un manque de soutien social et un isolement en comparaison des individus non suicidants (100). Ces associations statistiques persistaient malgré l'ajustement sur les diagnostics psychiatriques retenus chez les jeunes et sur leur classe

sociale. Ce caractère d'urgence pronostique renforce la légitimité de l'approche proactive décrite à la section 3.2 en population infanto-juvénile.

- Sur le plan clinique, la valence développementale suppose la prise en considération du niveau de développement psycho-affectif, cognitif et comportemental des enfants et des adolescents dans la caractérisation et l'évaluation de la crise suicidaire (cf. section 2.2). Entrent par exemple en ligne de compte les capacités de représentation de la mort, la régulation des émotions et des comportements, les stratégies de coping, le style d'attachement, etc.
- Sur le plan pratique, elle suppose l'ajustement des modalités de repérage, d'orientation, de protection et d'intervention thérapeutique au développement psycho-affectif, cognitif et comportemental des enfants et des adolescents. À titre d'exemple, les capacités de pointage, de verbalisation et d'élaboration émotionnelle seront déterminantes dans les possibilités de repérage. De la même manière, les aptitudes à rechercher et à recevoir de l'aide en fonction des biais d'autosuffisance (101), du besoin d'autonomie (102) ou des remaniements de la relation aux adultes sont également à prendre en considération dans les stratégies de prévention chez les adolescents. Au-delà du statut de minorité ou de majorité, l'âge développemental constitue logiquement un critère de premier rang dans l'ajustement des modalités d'implication et de travail avec les parents.

3.4. Approche écosystémique, relationnelle et sociale

L'approche écosystémique fait référence à la nécessité de concevoir l'enfant ou l'adolescent suicidaire ou suicidant comme inséré dans un écosystème relationnel, social et culturel fait d'interactions réciproques constantes. Dans cet écosystème, la famille occupe une place de premier rang, car elle participe directement de la trajectoire développementale du jeune. Par là, elle affecte autant qu'elle est affectée par la crise suicidaire. L'influence familiale sur le niveau de santé telle que perçue par les patients suicidants et suicidaires est plus accentuée que chez les patients non suicidaires. Cette influence est complexe et non linéaire. Elle peut se traduire en termes de facteurs de risque (cf. section 6.4.2) ou de facteurs de protection (cf. section 6.4.3). Elle contribue également – tantôt positivement (103), tantôt négativement (104) – aux possibilités de repérage de la souffrance psychique des jeunes, à leur accès aux soins et à leur adhésion aux accompagnements proposés. Ainsi, pour certains auteurs, l'approche familiale devrait constituer le premier temps de la prise en charge des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent (105).

Transposée dans le champ psychosocial, l'approche écosystémique interpelle des notions largement explorées en suicidologie telles que le lien, le soutien, le réseau ou la connexion.

Le concept de soutien social est largement multidimensionnel (106). Du point de vue sociologique, il se rapporte à la densité ou à la qualité du réseau social entourant l'individu. Du point de vue psychologique, il désigne la disponibilité et la possibilité de mobiliser des relations d'aide. Cobb (107) définit ainsi le soutien social comme tout ce qui amène une personne à « concevoir qu'elle est aimée, estimée et membre d'un réseau d'obligations mutuelles ». Or, le soutien social semble avoir un rôle protecteur contre les idées suicidaires (108) et les tentatives de suicide (109). Les mécanismes par lesquels cette protection passe pourraient inclure des facteurs psychologiques comme une meilleure estime de soi ou des facteurs relationnels comme le soutien par les pairs en cas d'adversité (110). Les arguments empiriques de l'association entre soutien social et résilience sont par ailleurs confortés par une large littérature théorique. Le célèbre modèle interpersonnel de Joiner (111), par exemple, fait du soutien social un moyen d'accroître le sentiment d'appartenance (*belongingness*) et, par là, de freiner le processus suicidaire.

Enfin, plusieurs dispositifs et stratégies de prévention des conduites suicidaires sont fondés sur la notion de reliance (*connectedness*). Empruntant dans son acception française à la clinique du souci ou de l'inquiétude, cette notion renvoie aux liens constamment au travail qui unissent l'individu à ses proches, au système social et, le cas échéant, au système de soins. D'un point de vue empirique, la littérature fait état des liens robustes entre les indicateurs de reliance et les conduites et pensées suicidaires des jeunes (112). D'un point de vue théorique, Notredame *et al.* (113) proposent que la prévention du suicide chez les enfants et les adolescents puisse agir sur les trois leviers de la reliance telle que conceptualisée par Whitlock *et al.* (112) : 1) étayer les dimensions intra-personnelles en renforçant le sentiment d'appartenance et l'estime de soi des jeunes ; 2) mobiliser la responsabilité familiale, groupale et professionnelle autour de l'enfant ou de l'adolescent ; 3) véhiculer des modèles normatifs protecteurs et contribuer à déconstruire les idées reçues qui minent la prévention du suicide. Ces trois leviers sont en particulier actionnés par les dispositifs de veille et de recontact (cf. section 12).

Recommandation

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

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

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

- **Le principe développemental** qui se traduit par :
  - la reconnaissance des enjeux pronostiques particuliers de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent et des interventions à conduire pour y répondre ;
  - un effort systématique d'adaptation des modalités de repérage, d'orientation, de protection et d'intervention au développement psycho-affectif, cognitif et comportemental des enfants et des adolescents.
- **Le principe écosystémique** selon lequel le repérage, l'orientation ainsi que les mesures de protection et d'intervention dédiées à la prévention des idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent devraient systématiquement intégrer l'environnement relationnel et social (notamment scolaire), avec une attention particulière aux parents et à la famille proche.

4. Quelques précisions cliniques et développementales

La prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent implique une série d'implicites clinique et théorique sur lesquels elle s'appuie. Dans un souci de cohérence, la rigueur méthodologique impose d'interroger ce socle conceptuel avant d'élaborer et de mettre en œuvre les interventions qui s'y rapportent.

4.1. Comment expliquer la transition des idées suicidaires à la tentative de suicide ?

Conceptualiser le passage des idées suicidaires à la tentative de suicide représente un défi pour les cliniciens et les chercheurs. Klonsky et May (114) soulignent que la plupart des facteurs de risque identifiés dans la littérature permettent de prédire la survenue d'idées suicidaires, mais ne permettent pas de distinguer les personnes qui tentent de se suicider de celles qui ne passent jamais à l'acte (lesquelles sont d'ailleurs largement majoritaires (115)). L'équipe de Klonsky (116) a alors développé un modèle permettant de rendre compte de la transition de « l'idée à l'action » chez une minorité des individus suicidaires. Selon ce modèle, le développement des idées suicidaires, d'une part, et la progression des idées suicidaires vers la tentative de suicide, d'autre part, sont à considérer comme relevant de deux processus distincts et successifs. Pour en rendre compte, les auteurs proposent une progression en trois étapes :

- la première étape consiste en la diminution du désir de vivre en raison d'une douleur psychologique ou physique. Cette douleur s'associerait au désespoir pour conduire à l'émergence des idées suicidaires ;
- la deuxième étape consiste au dépassement par la douleur du sentiment de reliance, c'est-à-dire le lien subjectif qui unit l'individu à d'autres personnes, à un intérêt, à un projet, à un but ou à tout autre objet donnant un sens à sa vie ;
- la troisième étape consiste en l'acquisition de la capacité à se suicider. Selon les auteurs, trois types de déterminants peuvent être distingués dans cette étape : les déterminants innés (par exemple, la peur de mourir ou la sensibilité à la douleur), les déterminants acquis (par exemple, l'accoutumance aux expériences associées à la douleur, aux blessures) et les considérations pratiques qui facilitent le recours à la tentative de suicide (par exemple, la connaissance et l'accès à des moyens létaux).

Les résultats récents d'une étude de cohorte britannique portant sur 4 772 sujets suivis depuis la naissance (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) ont montré qu'à 16 ans, la prévalence vie entière des idées suicidaires et des tentatives de suicide était de 9,6 % et 6,8 % respectivement (117). Par rapport aux adolescents qui ont eu des idées suicidaires, ceux qui ont tenté de se suicider étaient plus susceptibles de rapporter une exposition à des automutilations (chez les autres) (OR ajusté pour les automutilations par un membre de la famille : 1,95 ; pour les automutilations chez un ami : 2,61 et pour l'automutilation à la fois par la famille et par un ami : 5,26). Ils étaient également plus susceptibles de souffrir d'un trouble psychiatrique (OR ajusté pour la dépression : 3,63 ; OR ajusté pour les troubles anxieux : 2,2). Les autres facteurs de risque comprenaient le sexe féminin, un QI plus faible, une impulsivité plus élevée, un plus grand nombre d'évènements de vie, une insatisfaction corporelle, le désespoir, le tabagisme et la consommation de toxiques.

4.2. Quelles sont les motivations des enfants et des adolescents à se suicider ?

La « motivation au suicide » est une préoccupation récurrente. Plusieurs théories ont été développées sur le sujet. Selon les travaux pionniers d'Edwin Shneidman (118), c'est la douleur émotionnelle ou psychologique qui serait le principal facteur de motivation des conduites suicidaires. Le psychologue étatsunien propose, en effet, que le passage à l'acte se produit lorsque le seuil de tolérance à la douleur psychologique est dépassé, ce seuil variant d'une personne à l'autre. Plus récemment, May et Klonsky (119) ont développé un inventaire des motivations pour les tentatives de suicide à partir des théories en vigueur. Plusieurs études ayant utilisé cet outil en population adolescente ont permis d'identifier deux registres principaux motivationnels :

- les motivations internes, c'est-à-dire orientées vers soi. Le désespoir, la douleur émotionnelle extrême, le besoin de s'échapper et d'autres états émotionnels ou cognitifs pénibles en sont les représentants les plus typiques ;
- les motivations externes, c'est-à-dire orientées vers les autres et liées à une valence de communication du passage à l'acte. On y retrouve notamment le désir de communiquer avec d'autres personnes, d'influencer ou de demander de l'aide (120).

Enfin, la question de la motivation au suicide renvoie nécessairement à la représentation qu'entretient l'individu quant à la mort à laquelle il aspire, même incidemment ou temporairement. Or, la littérature a fait la démonstration de la très grande variabilité de cette représentation d'un adolescent à l'autre (121) compliquant, du même coup, l'évaluation des motivations suicidaires (cf. paragraphe suivant).

4.3. Que signifie « se suicider » pour un enfant ou un adolescent ?

Le développement des représentations de la mort chez l'enfant et l'adolescent résulte d'un processus maturatif cognitif et psycho-affectif échelonné. Il consiste en la maîtrise progressive de la notion centrale d'absence, à laquelle s'attache un ensemble de concepts (122, 123) :

- l'irrévocabilité : une personne décédée ne peut en aucun cas revenir à la vie ;
- l'universalité : tout le monde meurt un jour ;
- l'imprévisibilité : la mort peut survenir à n'importe quel moment ;
- l'inéluctabilité ou l'inexorabilité : nul ne peut échapper à la mort.

L'âge et l'ordre dans lesquels ces concepts sont maîtrisés varient surtout en fonction du contexte socioculturel et environnemental dans lequel l'enfant puis l'adolescent se développe (123). Le discours des parents sur le sujet aurait également une influence considérable (10, 124).

Jusqu'à 5-6 ans, la mort est comprise comme une absence temporaire, sans représentation cognitive spécifique. Assimilée au sommeil, elle est perçue comme réversible. L'enfant peut parfois la souhaiter comme un moyen pour éviter des situations difficiles sans conscience de son caractère définitif. Ce n'est qu'à partir de 6 ans que les premières représentations concrètes de la mort émergent (le cadavre, la tombe, le cimetière, le squelette, etc.). L'enfant en recherche alors les causes et s'interroge sur la logique de la mortalité. L'acquisition du concept de mort, de son irréversibilité, son universalité, son irrévocabilité et son inexorabilité n'est toutefois pleinement réalisée qu'entre 8 et 12 ans. Chez l'adolescent, le concept de mort est proche de celui de l'adulte (125).

Est-il toutefois nécessaire d'avoir acquis l'intégralité des concepts de mort pour penser au suicide ou pour se suicider ? Les données de la littérature s'accordent sur le fait qu'un enfant de moins de 13 ans

peut rechercher volontairement et consciemment sa mort, c'est-à-dire se suicider, même si sa représentation de la mort est immature (124, 126, 127). Selon Mishara (124), la compréhension du concept de suicide chez l'enfant se développerait à partir de trois sources : les discussions avec les enfants plus âgés, la télévision et le suicide d'un proche. Petot (126) a montré que dès 6 ans, un enfant est capable de décrire précisément un moyen de se suicider. Enfin, l'équipe de Freuchen (128) a analysé les lettres d'adieu laissées par des enfants de 7 à 14 ans décédés par suicide : les thèmes principaux étaient communs aux adultes et les explications n'étaient pas confuses (explication de leur geste, consignes ou messages d'amour laissés à leurs proches).

4.4. La crise suicidaire

Dans de nombreux pays – en particulier francophones –, la prévention du suicide s'adosse à un référentiel théorico-clinique qui puise aussi bien dans les approches développementales des idées et conduites suicidaires que dans les conceptions biocybernétiques (science des systèmes biologiques autorégulés) de la régulation face au stress. Selon Séguin (94), le processus suicidaire est à concevoir comme une crise, c'est-à-dire comme une rupture dans l'homéostasie (équilibre dynamique) de l'individu avec lui-même et son environnement. Lorsque les facteurs de stress sont trop intenses ou trop nombreux pour être absorbés par ses capacités adaptatives, l'individu est soumis à une tension psychique croissante qui le place dans un état de vulnérabilité. À mesure que la souffrance augmente, les solutions pour s'en extraire lui sont de moins en moins apparentes et le suicide lui apparaît comme une option de soulagement de plus en plus concrète, élaborée et accessible. À l'acmé de la crise (autrement appelé « état de crise »), la désorganisation dans laquelle est projetée la personne se résout par un passage à l'acte (la conduite suicidaire, mais aussi, possiblement, la fugue, l'agressivité, l'automutilation non suicidaire, etc.).

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

5.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques

Enjeux

Comme relevé dans la section 3.2, de nombreux adolescents en détresse et/ou à haut risque suicidaire sont entravés dans leur démarche de recherche d'aide ou d'expression de besoin d'assistance du fait de barrières personnelles ou structurelles. Aussi, d'après la revue systématique de Michelmore et Hindley (129), moins de 50 % des adolescents présentant des idées et/ou des conduites suicidaires chercheraient à être aidés. La difficulté qu'il y a à repérer ces jeunes contrarie non seulement les possibilités de les protéger d'un passage à l'acte dans les situations les plus critiques, mais retarde également la possibilité de leur apporter un accompagnement et des soins adaptés, au préjudice possible de leur développement (130) (cf. section 3.3). L'identification proactive des enfants et des adolescents à risque de suicide revêt donc une importance considérable pour la prévention dans cette population.

Stratégies

Du point de vue de la santé publique, les campagnes susceptibles d'être mises en œuvre pour améliorer l'identification des jeunes en détresse et/ou à risque de suicide visent à révéler des situations préoccupantes qui, autrement, seraient restées inconnues (131). Ces campagnes peuvent relever de deux types de stratégies.

Le dépistage (*screening*). Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (132). Dans le champ de la suicidologie, les programmes de dépistage consistent habituellement en l'application systématique et exhaustive dans une population définie d'un instrument conçu pour identifier les sujets à risque suicidaire tel qu'opérationnalisé par des critères prédéfinis. Ils sont classiquement réalisés en deux étapes (133) :

- la première phase est celle du dépistage à proprement parler. Elle consiste en la passation de l'instrument choisi afin d'identifier les individus répondant aux critères de risque suicidaire ;
- la deuxième phase est celle de la vérification de la pertinence individuelle du dépistage. Elle consiste en un entretien approfondi avec les individus sélectionnés, mené par un professionnel de la santé. Au cours de cette phase, le clinicien évalue la nécessité, pour l'individu en question, d'être orienté pour une évaluation approfondie ou une prise en charge.

La participation aux programmes de dépistage est généralement volontaire. Dans les populations mineures, elle implique un consentement des parents. Lors de campagnes de dépistage en milieu scolaire, environ 10 à 30 % des élèves obtiennent un résultat positif selon les instruments et les seuils utilisés (134).

Le repérage (identification). Moins bien formalisé dans la littérature mais largement employé en santé publique, le repérage consiste, à proprement parler, à reconnaître les signes, symptômes et manifestations d'un état morbide ou à risque. Par extension, les stratégies de repérage recouvrent l'ensemble des actions individuelles et collectives visant la promotion et l'amélioration de la reconnaissance de

ces signes, symptômes et manifestations par les individus eux-mêmes, leurs proches, leur entourage, ainsi que les professionnels, qu'ils relèvent du champ sanitaire ou non. En prévention du suicide, les stratégies de repérage visent surtout l'identification et la prise en compte des signaux d'alerte traduisant une crise suicidaire afin d'apporter les réponses adaptées.

Il est à noter que la distinction entre dépistage et repérage n'est que rarement opérée dans la littérature, les deux termes étant souvent utilisés de façon indifférenciée. Qui plus est, de nombreux programmes sont hybrides, comprenant de façon combinée les deux types de stratégies. Pour autant, dépistage et repérage procèdent de démarches de santé publique et donc de méthodologies évaluatives distinctes. Par exemple, la construction d'une stratégie de détection de sujets à risque dans une population donnée soulève la question – particulièrement sensible en matière de processus suicidaire – de la définition et de l'opérationnalisation de la notion même de « sujet à risque ». En matière de repérage, la réponse donnée par la plupart des recommandations francophones est relativement simple, puisqu'il s'agit de reconnaître des manifestations cliniques qui traduisent l'existence d'un processus psychopathologique à l'œuvre, formalisé sous le concept de crise suicidaire. En matière de dépistage, en revanche, la littérature est extrêmement hétérogène, considérant que les « sujets à risque » sont tantôt ceux qui font état d'idées suicidaires (avec ou sans seuil d'intensité et plus ou moins caractérisées), tantôt ceux qui présentent un risque statistique élevé de se suicider au regard de leurs facteurs de risque, tantôt ceux dont la probabilité de présenter des idées suicidaires est augmentée par la présence de proxy épidémiologiques ou d'indicateurs de souffrance psychique.

Enfin, il faut souligner que dépistage et repérage se conçoivent nécessairement dans un modèle global de santé publique ou de pratique clinique, souvent représenté par la constitution de la **chaîne repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soin**.

Recommandation

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

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

5.2. Revue des stratégies de dépistage

5.2.1. Outils employés

Les auto et hétéro-questionnaires représentent les principaux outils de dépistage du risque de suicide chez les adolescents (135). La principale limite consiste en leur vulnérabilité aux biais de déclarations, en lien avec des facteurs cognitifs et situationnels tels que la désirabilité sociale, le déni, la culpabilité, la honte ou la stigmatisation (136, 137).

Les autoquestionnaires décrits dans la littérature varient largement selon qu'ils visent à explorer un construit spécifique comme les idées suicidaires (ex. : Reynolds et Mazza (138)) ou qu'ils passent en revue plusieurs domaines de risque ou d'adaptation (ex. : Cull et Gill (139)). De ce fait, les études de concordance entre les différents outils de dépistage ont généralement montré des résultats décevants (140). Parmi les principaux instruments disponibles, on compte les outils suivants.

➔ **Outils validés en anglais** :

- *Suicide Probability Scale* (SPS) (139). La SPS a été conçue pour aider à l'évaluation du risque de suicide chez les adultes et les adolescents. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comprenant 36 items, auxquels les participants doivent répondre selon une échelle de Likert à 4 points. La SPS se distingue par la finesse clinique de ses questions, qui ne se limitent pas aux idées et conduites suicidaires, mais portent sur d'autres dimensions comme le désespoir, l'impulsivité, la colère ou l'hostilité. Les scores pondérés totaux vont de 30 à 147 ; le seuil clinique limite est de 78. En population adolescente, les études de validation ont indiqué une forte cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,90-0,93) et une forte fiabilité test-retest (r = 0,92-0,94). La SPS comporte trois scores : un score total, un score-T normalisé et un score de probabilité de suicide. Le calcul de ce dernier est ajusté en fonction du risque de base de la population dont le répondant est issu (haut risque, risque intermédiaire ou faible risque) ;
- *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ) (141). Le SIQ est l'outil de référence pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant à partir de 10 ans et chez l'adolescent. Initialement développé par Reynolds, il s'agit d'un autoquestionnaire qui existe en une version longue à 30 items pour les adolescents et une version courte à 15 items (la SIQ-JR (138)) pour les enfants et les jeunes adolescents. Les propriétés psychométriques de la version courte sont excellentes, avec une consistance interne élevée (alpha de Cronbach = 0,93-0,96) et une fiabilité test-retest satisfaisante (r = 0,89). Sa validité convergente a également été étayée

par des corrélations significatives entre son score et les antécédents de conduites suicidaires ou la sévérité des idées suicidaires telle qu'évaluée par des cliniciens. Enfin, King *et al.* ont constaté que des scores élevés au SIQ-JR chez des adolescents hospitalisés étaient associés à une probabilité accrue de tentative de suicide plusieurs mois plus tard, confortant la validité prédictive de l'échelle (142) ;

- *Suicide Risk Screen* (SRS) (143) ;
- *The Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ) (144) (cf. 5.2.5.3) ;
- *Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) (145) (cf. 5.2.5.3).

➔ **Outils validés en français** :

- échelle de probabilité de suicide : **traduction française de la SPS**, elle a été validée par une équipe francophone du Québec (146). L'échantillon de validation comprenait 1 842 participants répartis en trois populations distinctes reconnues pour avoir des niveaux de risque différents : des étudiants universitaires (risque faible), des adolescents en milieu scolaire (risque moyen) et des hommes incarcérés (risque élevé) ;
- **TSTS CAFARD** : test de dépistage développé et validé par Binder et Chabaud (147, 148). Initialement destiné aux médecins généralistes, l'outil les invite à aborder, lors de chaque consultation avec un adolescent, quatre thèmes pertinents au moyen de quatre questions d'ouverture simples :
  - Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
  - Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
  - Tabac : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
  - Stress : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou par la vie de famille, ou les deux ? »

    À chaque réponse positive obtenue, il est proposé une question supplémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots clés : Cauchemars, Agression, Fumeur, Absentéisme, Ressenti Désagréable familial (**CAFARD**). Le TSTS-CAFARD est un outil destiné à rehausser la sensibilité de dépistage. S'il est positif, le médecin traitant est invité à interroger le patient sur la présence d'idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes, en raison d'une probabilité plus élevée de réponse positive ;
  - **BITS** (*Bullying Tobacco Insomnia Stress*) : il s'agit d'une version actualisée du TSTS-CAFARD développée en 2012. Une première étude de validation, publiée en 2016, confirme la pertinence de ce test pour différencier les adolescents à risque suicidaire des autres adolescents (149). L'étude révèle une meilleure sensibilité (75 % *vs* 71 %) et une meilleure spécificité (70 % *vs* 68 %) que le TSTS-CAFARD. En 2020, le test BITS a été validé en conditions réelles, c'est-à-dire au cours d'une consultation de médecine générale. Une étude d'utilité diagnostique a été réalisée auprès de 102 médecins généralistes de quatre pays francophones qui ont fait passer le test à 693 adolescents âgés de 13 à 18 ans. Au total, 13 % des adolescents (15 % des filles et 10 % des garçons) ont rapporté une suicidalité (idées suicidaires sur l'année précédente ou tentatives de suicide vie entière). Un score d'au moins 3 sur l'échelle BITS était associé à une suicidalité avec une sensibilité de 66 % et une spécificité de 83 % (150). Par ailleurs, la prévalence des idées ou des tentatives de suicide nouvellement identifiées dans cet échantillon était relativement élevée (11 % contre 2 % pour la suicidalité connue) (niveau 4).

5.2.2. Performances psychométriques et interprétations

Dans une revue systématique publiée en 2006, Pena et Caine (151) ont examiné 17 études impliquant sept instruments de dépistage (dont plusieurs des autoquestionnaires décrits plus haut). Bien que variant considérablement d'une étude à l'autre, la performance de ces outils était globalement modeste, en particulier lorsqu'ils étaient appliqués dans les milieux où le nombre de jeunes à risque est faible. Les valeurs prédictives positives (VPP) variaient ainsi de 0,16 à 0,33 dans des établissements d'enseignement secondaire, ce qui signifie que 67 à 84 % des jeunes initialement dépistés se révélaient être de faux positifs après évaluation par un professionnel de santé.

La grande disparité des résultats psychométriques s'explique en partie par l'hétérogénéité des échantillons sur lesquels les outils ont été appliqués. Compte tenu de la dépendance de la VPP à la prévalence de l'affection recherchée dans la population (152), il n'est pas surprenant de constater que les instruments de dépistage utilisés dans les établissements de soins ou parmi les populations à haut risque obtiennent des scores plus élevés (140). Par ailleurs, les critères de validité employés pour calculer les valeurs de sensibilité et de spécificité des instruments sont souvent imprécis et largement hétérogènes. À titre d'exemple, les études de validation de la SPS et du SIQ ont considéré les cas comme positifs lorsqu'une conduite suicidaire avait été rapportée par le personnel soignant dans les mois suivant le dépistage. D'autres auteurs ont utilisé comme étalon-or des explorations cliniques semi-structurées des idées suicidaires et des antécédents de tentatives de suicide comme la *Suicidal Behavior Interview* (138) ou le *Clinical Risk Assessment* (153). Enfin, certaines études de validation ont pour référence un autre questionnaire. C'est le cas, par exemple, pour la SRS dont la sensibilité est de 100 % et la spécificité de 54 % lorsque l'étalon-or est le score limite du SIQ (143), mais de 87 % et de 60 % respectivement lorsque l'étalon-or est le *Clinical Risk Assessment*.

5.2.3. Faisabilité

Si la capacité d'un instrument de dépistage à maximiser dans le même temps sensibilité et spécificité dépend de ses qualités métrologiques intrinsèques, le choix du score limite employé, et donc la préférence accordée à l'une ou l'autre des mesures, relève d'une décision clinique, éthique et stratégique. Dans le cadre d'une politique de santé publique, la question de la faisabilité pèse largement dans cette décision. À titre d'exemple, la minimisation des faux négatifs peut être la priorité des systèmes qui disposent de suffisamment de ressources pour offrir une évaluation rapide des sujets dépistés positivement et les orienter vers des professionnels de santé mentale. En revanche, un grand nombre de faux positifs est généralement associé à une diminution de la confiance dans l'outil de dépistage et à une moindre acceptabilité du programme de dépistage correspondant (134).

Malgré le faible nombre d'études spécifiquement consacrées à la faisabilité des campagnes de dépistage, il apparaît que l'étape de confirmation clinique est la plus difficile à mettre en œuvre. Dans une étude menée par Hallfors *et al.* (134), à propos d'une campagne d'administration d'un outil de dépistage dans dix lycées urbains des États-Unis, environ un tiers des élèves qui s'étaient vu attribuer un score élevé n'avaient jamais bénéficié d'évaluation complémentaire pour établir la signification de ce score. Qui plus est, aucune des écoles incluses n'avait été en mesure de réaliser les évaluations dans le délai d'une semaine imparti, la plupart ayant pris près de trois semaines pour les compléter. Les professionnels chargés de réaliser ces évaluations de confirmation étaient des conseillers non spécifiquement formés plus souvent que des soignants. De façon générale, le personnel a déclaré se sentir dépassé par le grand nombre d'étudiants dépistés positifs, compte tenu de la brièveté du laps de temps accordé pour réaliser l'évaluation complémentaire.

Mais au-delà de la faisabilité de l'évaluation, c'est également la question de son efficience en termes d'orientation effective vers les ressources appropriées qui est à prendre en considération dans la mise

en œuvre d'une campagne de dépistage. Sur ce point, une étude de Gould *et al.*, publiée en 2009, a fourni des résultats encourageants. En effet, parmi les 317 jeunes âgés de 13 à 17 ans identifiés comme à risque suicidaire lors d'un dépistage en milieu scolaire, près de 70 % avaient suivi les recommandations remises par le clinicien (90).

5.2.4. Iatrogénie

À l'occasion de l'évaluation d'une campagne de dépistage menée chez 2 342 adolescents de 13-19 ans dans six écoles de l'état de New York, Gould *et al.* (154) ont testé les conséquences pour les élèves d'être interrogés sur leurs éventuelles idées suicidaires. Les classes étaient randomisées en un groupe expérimental (n = 1 172) ayant reçu la première enquête avec des questions sur le suicide et un groupe témoin (n = 1 170) n'ayant pas reçu de questions sur le suicide. Les auteurs n'ont constaté aucune différence significative entre les deux groupes en termes de détresse mesurée à l'aide du *Profile of Mood States – Adolescent Version* (POMS-A), que ce soit immédiatement après la première enquête ou deux jours plus tard. Les élèves exposés aux questions sur le suicide n'étaient pas plus susceptibles de déclarer des idées suicidaires après l'enquête que les étudiants non exposés (respectivement : 4,7 % et 3,9 %, p = 0,49). Les étudiants à haut risque du groupe expérimental, définis comme ceux présentant des symptômes de dépression, des problèmes de toxicomanie ou des antécédents de tentatives de suicide, n'étaient ni davantage suicidaires, ni davantage en détresse que les jeunes à haut risque du groupe contrôle. Au contraire, les auteurs notent que les élèves du groupe expérimental qui souffraient de dépression et ceux qui avaient déjà tenté de se suicider semblaient moins en détresse (p = 0,01) et moins suicidaires (p = 0,02) que leurs homologues du groupe contrôle.

5.2.5. Dépistage en milieux spécifiques

5.2.5.1. Milieu scolaire

Aperçu général

Les écoles sont des lieux classiques pour la mise en place de programmes de dépistage, en raison de la commodité avec laquelle les enfants et les adolescents peuvent être atteints, et des liens privilégiés que les établissements entretiennent avec la famille et la communauté dans laquelle leurs élèves évoluent (155).

Plusieurs études ont examiné la validité clinique et la fiabilité des procédures de dépistage en milieu scolaire, avec des résultats globalement encourageants (131, 138, 156), y compris en termes de diminution des idées et conduites suicidaires (133).

Focus sur l'étude *Saving and Empowering Young Lives in Europe*

L'étude *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) est le premier essai contrôlé randomisé européen de grande échelle à avoir évalué des stratégies universelles de prévention des conduites suicidaires en milieu scolaire. Par son ampleur (11 110 élèves d'environ 15 ans recrutés dans 168 écoles de dix pays de l'Union européenne) et sa rigueur méthodologique, elle fait aujourd'hui référence (157). L'étude a testé trois programmes :

- ***Question, Persuade and Refer* (QPR)** : programme largement implémenté aux États-Unis pour former les enseignants et autres personnels scolaires à (a) reconnaître les élèves à risque de conduites suicidaires et (b) améliorer leurs compétences en communication afin de motiver et d'aider ces élèves à rechercher de l'aide auprès de professionnels de santé ;
- ***Youth Aware of Mental Health Programme* (YAM)** : programme spécifiquement développé pour l'étude SEYLE (158). L'objectif est de sensibiliser les élèves aux facteurs de risque et de protection associés au suicide et d'améliorer les compétences nécessaires pour faire face aux

évènements négatifs de la vie, au stress et aux idées suicidaires. Il comprend (a) trois heures de jeux de rôle et d'ateliers interactifs, (b) la délivrance d'un livret que les adolescents peuvent emporter chez eux, (c) l'affichage dans chaque classe participante de six posters éducatifs, (d) deux conférences interactives sur la santé mentale au début et à la fin de l'intervention ;

- ***Screening by professionals*** **(ProfScreen)** : programme de dépistage en deux étapes, également développé pour SEYLE, portant sur un large éventail de déterminants de la santé mentale des adolescents (159). Après avoir complété le questionnaire de dépistage, les élèves dont le score est supérieur au seuil préétabli sont invités à participer à une évaluation clinique plus approfondie par un professionnel de santé mentale qui les oriente chaque fois que pertinent vers des services d'accompagnement.

Chaque école a été désignée au hasard pour participer à un seul groupe d'intervention (ou de contrôle) et n'avait pas connaissance des interventions entreprises dans les trois autres groupes de l'étude. Le critère principal de jugement était le nombre de tentatives de suicide à trois et douze mois de suivi. L'analyse a porté sur tous les élèves pour lesquels des données étaient disponibles à chaque point de l'évaluation, à l'exclusion de ceux qui avaient déjà fait une tentative de suicide ou qui avaient manifesté des idées suicidaires graves au cours des deux semaines précédant l'inclusion.

Les programmes QPR et YAM relèvent tous deux de stratégies de renforcement du repérage, le premier en dotant les professionnels des écoles de compétences spécifiques, le second en sensibilisant les élèves à leur propre santé mentale, en les éveillant à l'intérêt de solliciter de l'aide en cas de besoin, et en leur donnant les moyens d'agir en conséquence. Dans l'étude SEYLE, seul le programme ProfScreen était donc apparenté à une campagne de dépistage à proprement parler. Or, les auteurs n'ont pas constaté de différence significative entre les groupes d'intervention et le groupe contrôle lors de l'évaluation à trois mois concernant ce programme.

Les résultats relatifs à QPR et YAM sont présentés à la section 5.2.5.1.

Focus sur le programme *Signs of Suicide*

Développé aux États-Unis, *Signs of Suicide* (SOS) est un programme universel de prévention du suicide en milieu scolaire qui figure actuellement dans le registre national des programmes et pratiques fondés sur les preuves (160). Bâti sur le principe fort selon lequel le suicide résulte généralement d'un trouble dépressif caractérisé et non d'une réaction normale au stress (161), SOS vise à sensibiliser les jeunes aux symptômes de la dépression et aux signes de la crise suicidaire. En complément, le programme entend promouvoir chez les élèves la recherche d'aide pour eux-mêmes et pour leurs proches, notamment en les informant des ressources fiables disponibles.

Plutôt que de suivre un protocole classique de dépistage en deux étapes tel que présenté à la section 5.1, SOS propose aux jeunes d'auto-évaluer leur niveau de risque suicidaire et de solliciter spontanément de l'aide en cas de score positif. L'originalité vient de ce que l'outil employé permet non seulement de détecter les élèves à risque, mais est aussi considéré comme un moyen de sensibilisation universel permettant de renforcer incidemment les possibilités de repérage par les jeunes eux-mêmes et par les adultes qui les entourent. Pour compléter le dispositif, le programme prévoit d'ailleurs la formation d'adultes de confiance (tels que les enseignants et les parents) de sorte à créer dans l'établissement scolaire un environnement favorable où les ressources d'aide sont davantage accessibles. **SOS est donc un programme intégratif multimodal** combinant, au prétexte de la passation d'un outil auto-administré, le dépistage et le repérage.

À ce jour, SOS est le programme de prévention universel en milieu scolaire pour lequel les preuves d'efficacité sont les plus robustes. En effet, trois essais contrôlés randomisés distincts ont montré une

diminution statistiquement significative du nombre de tentatives de suicide chez les lycéens ayant terminé le programme (162-164) :

- le premier, conduit par Aseltine et DeMartino (162), portait sur 2 100 élèves de trois lycées publics de l'Ohio, États-Unis. Des autoquestionnaires ont été remplis par les élèves d'un groupe expérimental et d'un groupe contrôle environ trois mois après la mise en œuvre du programme. À ce point d'évaluation, les auteurs rapportent un taux de tentatives de suicide significativement moindre dans le premier groupe (3,6 %) en comparaison du second (5,4 %). En revanche, aucun effet significatif n'a été retrouvé sur les idées suicidaires ou les comportements de recherche d'aide. Selon les auteurs, les résultats obtenus sur les taux de tentatives de suicide sont à mettre en lien avec une meilleure compréhension de la dépression et du suicide, ainsi qu'avec un changement d'attitude à leur égard (niveau 2) ;
- le deuxième, également conduit par Aseltine *et al.* (163), portait sur 4 133 élèves de neuf lycées de Géorgie, États-Unis. Là encore, les auteurs ont observé des taux de tentatives de suicide plus faibles dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle, après intervention. En outre, les élèves qui avaient reçu le programme SOS avaient davantage de connaissances et des attitudes plus favorables concernant la dépression et le suicide que ceux qui ne l'avaient pas reçu (niveau 2) ;
- le troisième, mené par Schilling *et al.* (164), visait à reproduire et à renforcer les résultats obtenus par Aseltine *et al.* au moyen d'un protocole plus rigoureux. À la différence des deux essais contrôlés randomisés précédents, l'étude de Schilling *et al.* comprenait une évaluation en prétest, permettant d'effectuer une comparaison avant/après en prenant en compte d'éventuelles différences ici/ailleurs et réciproquement. Après ajustement sur les données recueillies en prétest, les élèves ayant bénéficié du programme SOS étaient 64 % moins susceptibles de rapporter une tentative de suicide au cours des trois derniers mois par rapport aux élèves du groupe contrôle. En plus d'une amélioration significative des connaissances relatives à la dépression et au suicide, les adolescents qui avaient bénéficié du programme SOS étaient davantage disposés à intervenir auprès d'amis présentant des signes d'alerte et davantage disposés à recevoir eux-mêmes de l'aide en cas de dépression ou d'idées suicidaires. Les lycéens identifiés comme à haut risque (c'est-à-dire ceux qui présentaient au moins un antécédent de tentative de suicide) étaient nettement moins susceptibles de déclarer des idées suicidaires dans les trois mois suivant la réception du programme que les participants à faible risque. Plus qu'à une efficacité différentielle de SOS, ce résultat est possiblement attribuable à un biais d'attrition, les participants à haut risque ayant plus tendance à abandonner l'étude avant sa fin (niveau 2).

La reproduction est rare dans la recherche consacrée à la prévention, en particulier en suicidologie (165). L'efficacité, plusieurs fois retrouvée, du programme SOS sur la prévention des tentatives de suicide mérite donc d'être soulignée. Il est cependant difficile de déterminer la mesure dans laquelle ces résultats sont attribuables à la composante de dépistage pure du programme. En effet, aucun essai contrôlé randomisé n'a distingué avec précision ce qui relevait de l'effet de détection de l'outil auto-administré, ce qui était attribuable à sa valence éducative ou ce qui pouvait être directement mis en lien avec les mesures associées. C'est ici une difficulté inhérente à l'évaluation des programmes intégrés de prévention qui, mesurant les effets de l'intervention dans son ensemble, ne renseignent que peu sur ses composantes spécifiques.

Recommandations

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

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

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

R9. Enfin, s'il n'est pas préconisé le déploiement systématique de stratégies de dépistage en population infanto-juvénile, il est encouragé toute démarche de recherche-action qui viserait à consolider les éléments de preuve concernant la pertinence de telles stratégies, avec une attention particulière pour la balance coût/bénéfice qu'elles impliquent (AE).

5.2.5.2. Médecine de ville

Constatant une hausse des taux de suicide aux États-Unis et prenant acte de la fréquence des consultations de santé par les personnes suicidées dans l'année qui précède leur mort, la *Joint Commission* (organisme nord-américain d'accréditation des programmes et institutions de santé) a décidé du rehaussement des exigences en matière de dépistage du risque suicidaire en soins primaires (166). Pour recevoir son accréditation, l'organisme exige donc des services d'urgence, des médecins de soins primaires et des cliniciens en santé mentale :

- qu'ils examinent les antécédents médicaux personnels et familiaux de chaque patient afin de déterminer les facteurs de risque de suicide ;
- qu'ils dépistent les idées suicidaires chez tous les patients à l'aide d'un outil bref, standardisé et fondé sur les preuves ;
- qu'ils examinent les résultats de l'outil de dépistage avant que le patient ne quitte les lieux de soins ;
- qu'ils prennent les mesures adaptées à ces résultats.

S'agissant des enfants et des adolescents, l'*American Academy of Pediatrics* rejoint la *Joint Commission* en recommandant le dépistage systématique des idées et conduites suicidaires pour tout patient se présentant dans un établissement de soins de santé aux États-Unis (167). De façon un peu plus

restrictive, l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* préconise de vérifier la présence d'idées suicidaires, leur fréquence et les antécédents de tentative de suicide chez tout adolescent présentant un épisode dépressif caractérisé (168).

L'ensemble de ces recommandations est toutefois à nuancer par les résultats de l'*U.S. Preventive Services Task Force* qui n'a pas trouvé suffisamment de preuves que le dépistage du risque de suicide, dans le cadre des soins primaires, réduisait effectivement les taux de tentatives de suicide ou les décès par suicide (169).

Recommandations

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

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

Tableau 1. Questions du BITS

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

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

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?

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

5.2.5.3. Aux urgences

Il a été montré que la majorité des adolescents décédés par suicide avaient consulté un professionnel de santé dans les mois précédant le suicide, dont une part importante aux services d'urgences pédiatriques (170, 171). Les services d'urgence apparaissent donc comme un lieu de choix pour détecter les adolescents à risque de suicide (172). Le dépistage s'y avère réalisable, acceptable pour les familles et efficace pour identifier les jeunes en détresse jusque-là passés inaperçus (173).

Depuis 2001, aux États-Unis, la *National Strategy for Suicide Prevention* (NSSP) préconise la recherche systématique du risque suicidaire dans tous les établissements médicaux d'urgence (174). Concernant les modalités pratiques de ce dépistage, l'*U.S. Surgeon General* a édité en 2012 des recommandations (175), révisées en 2017 (176). Pour les adolescents, trois outils sont mis en exergue.

- **L'*Ask Suicide-Screening Questions*** (ASQ) a été développé après avoir testé 17 questions auprès de 524 patients âgés de 10 à 21 ans consultant aux urgences (145). Parmi ces jeunes, 344 se sont présentés avec des plaintes médicales ou chirurgicales, 180 avec des plaintes psychiatriques. Les quatre questions ayant la plus grande sensibilité (96,9 %) et spécificité (87,6 %) pour le risque de suicide ont ensuite été combinées pour créer un bref questionnaire :
  - 1. Au cours des dernières semaines, avez-vous souhaité être mort ?
  - 2. Au cours des dernières semaines, avez-vous eu le sentiment qu'il serait préférable, pour vous ou votre famille, que vous soyez mort ?
  - 3. Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu des pensées suicidaires ?
  - 4. Avez-vous déjà essayé de vous suicider ?

  Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :
  - 5. Avez-vous l'intention de vous suicider en ce moment ?

  Selon l'étude de validation d'Horowitz *et al.*, l'ASQ a 15,2 fois plus de chances d'être positif chez un patient à risque de suicide que chez un patient ne présentant pas de risque (IC 95 % 7,2-27,0) (145).
- ***Le Risk of Suicide Questionnaire*** (RSQ) est un outil validé pour le dépistage rapide du risque suicidaire dans le cadre de l'évaluation initiale des patients adolescents et adultes en service d'urgence (144). Ballard *et al.* (177) ont administré le test à 442 patients. La proportion de réponses positives à une ou plusieurs des questions ne variait pas entre les tranches d'âge de 8 à 12 ans (77/154) et de 13 à 18 ans (137/288). Une réponse positive à l'une des quatre questions de dépistage du suicide était associée de manière significative à une augmentation des risques d'hospitalisation en psychiatrie dans le groupe d'âge plus élevé et à des visites répétées

aux urgences pour une plainte psychiatrique incluant les idées suicidaires dans le groupe d'âge plus jeune (178).

- ***La Columbia-Suicide Severity Rating Scale*** (C-SSRS) est un instrument initialement conçu comme un outil de classification des automutilations, des idées suicidaires et des conduites suicidaires (22). Des études récentes, sur des patients ayant recours aux services d'urgence pour motif psychiatrique, indiquent que la durée des idées suicidaires permettrait de prédire la probabilité d'un deuxième passage aux urgences pour des motifs psychiatriques (179). De la même manière, la gravité et l'intensité des idées suicidaires permettraient de prédire la survenue d'une future tentative de suicide (180). S'appuyant sur ces résultats, King *et al.* (173) ont proposé un outil de dépistage à plusieurs composantes, selon lequel un individu est considéré comme à risque en cas de conduite suicidaire récente, d'idéation suicidaire actuelle ou de dépression avec consommation concomitante d'alcool ou de drogue. Dans une étude prospective, les auteurs ont couplé cette stratégie de dépistage en y incluant une sous-échelle de sévérité pour identifier les adolescents présentant un risque élevé de conduite suicidaire dans les deux mois après le passage aux urgences (181). Parmi les 81 patients inclus, six adolescents (7 %) ont signalé une tentative de suicide au cours de la période de suivi. Les adolescents dont le dépistage a révélé des idées suicidaires, une tentative de suicide, une dépression et/ou un abus d'alcool ou de drogue étaient plus susceptibles d'adopter une conduite suicidaire (39 %) que les adolescents pour qui le dépistage était négatif.

Recommandations

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

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

  Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ (cf. R11).

Stratégies de repérage

5.2.6. Stratégie nationale

Les stratégies de repérage visent principalement l'identification et la prise en compte des signaux d'alerte traduisant une crise suicidaire afin d'apporter les réponses adaptées en fonction du milieu.

Selon l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide (97), les ARS ont pour objectif la création d'un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention en adaptant le contenu de la formation aux rôles, compétences et responsabilités des différents intervenants à chacune de ces étapes. Trois acteurs-types ont été identifiés : (a) la sentinelle, qui a une fonction de repérage et d'orientation ; (b) l'évaluateur, qui a une fonction d'évaluation clinique du risque et du potentiel suicidaire et une fonction d'orientation ; (c) l'intervenant de crise, qui a une fonction d'évaluation et d'intervention.

Dans la mesure où chaque fonction nécessite des compétences spécifiques, trois formations distinctes ont été élaborées et sont en cours de diffusion sur le territoire national afin de soutenir la chaîne repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soins :

- la formation sentinelle, qui s'adresse à des citoyens ou des professionnels non cliniciens disposant d'aptitudes spontanées au souci pour autrui et à l'entraide et repérés dans leur milieu comme tels ;
- la formation à l'évaluation du risque et du potentiel suicidaire et à l'orientation, qui s'adresse aux professionnels de la santé ;
- une formation à l'intervention de crise, qui s'adresse à des professionnels qui réalisent, de manière régulière, des interventions de crise (Samu, urgences psychiatriques, CUMP).

Selon cette stratégie nationale, le rôle de repérage est surtout endossé par les sentinelles en prévention du suicide.

5.2.7. Modalités cliniques du repérage

Repérer les conditions sous-jacentes au risque suicidaire

Les conditions qui mènent à une conduite suicidaire comprennent un diagnostic psychique, des facteurs sociaux ou environnementaux tels que l'isolement, les distorsions cognitives qui accompagnent la dépression, en particulier le désespoir (182), ou des styles d'adaptation inappropriés (par exemple, l'impulsivité). Des antécédents de psychopathologie familiale, en particulier de conduite suicidaire, de maladie bipolaire ou de toxicomanie, peuvent donner une indication du risque. Les discordes familiales et autres stress liés aux évènements de la vie impliquant des problèmes de relations interpersonnelles doivent également faire l'objet d'une évaluation (183).

Les diagnostics psychiatriques qui sont généralement associés à une conduite suicidaire comprennent la dépression, la manie ou l'hypomanie, les états mixtes ou la toxicomanie. Les patients qui sont irritables, agités, délirants, menaçants, violents, délirants, hallucinants ou qui expriment un désir persistant de mourir présentent un risque plus important à court terme.

Parmi les autres critères, on peut citer une humeur instable, des relations interpersonnelles instables (qui peuvent alterner entre idéalisation et dénigrement), des conceptions différentes de soi (qui oscillent entre grandeur et inutilité), des symptômes dissociatifs, de l'irritabilité et un comportement qui, tout en étant agréable, peut aussi être autodestructeur (par exemple, dépenses excessives, activité sexuelle impulsive, conduite dangereuse).

La collecte d'informations doit se faire à partir de sources multiples (observation, entretien, échelles…). La fiabilité et la validité des entretiens avec les enfants et les adolescents peuvent être affectées par leur niveau de développement cognitif, par le type et l'intensité des émotions et la gravité de la détresse psychologique au moment de l'entretien, qui peuvent influencer leur mémoire de l'intention suicidaire et leur compréhension de la relation entre leurs émotions et leur comportement (184). La confirmation de conduite suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent peut être obtenue à partir des informations recueillies lors d'entretiens avec d'autres personnes qui connaissent l'enfant ou l'adolescent. Cependant,

il y a souvent une disparité entre les rapports des enfants et des parents, les enfants et les adolescents étant plus susceptibles que leurs parents de parler d'idées et d'actes suicidaires (185).

Concernant les enfants

Rares sont les études qui ont spécifiquement porté sur le repérage du risque suicidaire chez les jeunes enfants. Quelques spécificités cliniques sont néanmoins notables. Les enfants engagés dans un processus suicidaire présentent, par exemple, davantage de symptômes somatiques que leurs pairs. Dans cette population, l'association d'un trouble somatique et d'idées suicidaires augmenterait d'ailleurs davantage le risque de faire une tentative de suicide qu'en cas d'idées suicidaires seules (18). Par ailleurs, comme le rappelle la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (186), seuls 25 à 45 % des enfants suicidants exprimeraient leurs idées suicidaires à un tiers.

Enfin, une attention particulière doit être portée aux enfants avec antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilations, d'absentéisme scolaire, de conflits avec les pairs, de dépression et de troubles du comportement ou consultant pour blessure accidentelle (10).

5.2.8. En milieu spécifique

5.2.8.1. Milieu scolaire

En complément des campagnes classiques de dépistage en milieu scolaire, des programmes ont vu le jour à l'international pour former des membres du personnel des collèges et lycées à devenir des sentinelles (*gatekeepers*) en prévention du suicide (187). Contrairement au dépistage, la stratégie sentinelle vise à accroître la détection des jeunes à risque suicidaire en améliorant les connaissances et les compétences de repérage des professionnels qui sont à leur contact au quotidien.

Aux États-Unis, plusieurs programmes de formation de sentinelles en milieu scolaire sont disponibles tels que QPR (*Question-Persuade-Refers*) ou SOAR (*Suicide, Options, Awareness, Relief*). Les objectifs de ces programmes sont généralement de trois ordres :

- améliorer les connaissances générales sur le processus suicidaire ;
- modifier les « attitudes » face aux adolescents suicidaires et suicidants ;
- améliorer la communication avec les adolescents suicidaires et suicidants pour les accompagner dans une démarche de demande d'aide.

Dans la revue systématique de Katz *et al.* (188), la grande majorité des essais randomisés évaluant l'efficacité des stratégies de repérage en milieu scolaire avaient pour critère de jugement l'amélioration des connaissances et des attitudes des participants. Seules deux études de cohorte s'étaient intéressées à l'efficacité d'un tel programme sur la survenue des conduites suicidaires à l'âge adulte. La première, publiée par Hooven *et al.* (189), évaluait CARE, un programme multimodal de prévention du suicide impliquant les jeunes et leur famille et ayant pour objectif l'acquisition de compétences liées à la gestion du stress, au contrôle des émotions et au soutien social. Testant le programme auprès de 615 lycéens à risque suicidaire dans 20 lycées du nord-ouest des États-Unis, les auteurs ont mis en évidence une diminution significative du taux de suicide, maintenue sur une période de 2,5 à 8 ans. La seconde, publiée par Wyman *et al.* (190), est un des rares essais contrôlés randomisés à avoir été consacré à l'évaluation d'une stratégie sentinelle. Dans cette étude, le programme QPR a été testé auprès de 250 agents dans 32 écoles du secondaire de l'état de Géorgie. Dix collèges et six lycées ont été assignés au hasard au groupe testé (recevant la formation) ou au groupe témoin (en liste d'attente pour la formation). Après un an de suivi, l'étude a révélé que la formation avait permis à la

majorité des agents d'améliorer de façon significative leurs connaissances théoriques sur les idées et conduites suicidaires. Cependant, seuls 14 % des sentinelles formées ont eu une augmentation du nombre de tentatives de suicide autorapportées au cours de la période de suivi. Les auteurs ne rapportaient pas de différence entre les adolescents des deux groupes quant à la modification des comportements de recherche d'aide auprès des adultes nouvellement formés. Par ailleurs, seuls les agents qui avaient l'habitude de communiquer avec les jeunes avant la formation avaient amélioré leurs capacités de repérage des adolescents suicidaires.

La méta-analyse de Robinson *et al.* (191) est l'une des revues de la littérature les plus récentes et les plus complètes concernant l'évaluation des stratégies de prévention du suicide en population adolescente. Elle couvre l'ensemble des études ayant mesuré l'impact d'une intervention spécifiquement conçue pour réduire les conduites suicidaires chez les jeunes âgés de 12 à 25 ans. Parmi les 105 études incluses, 31 portaient sur des actions de prévention en établissements d'enseignement (lycées et universités). Parmi celles-là, 15 étaient des essais contrôlés randomisés (ECR) évaluant une stratégie de repérage, dont 11 étaient de qualité suffisante pour être exploitables par méta-analyse. Les résultats étaient en faveur de l'efficacité des actions de prévention fondées sur le repérage en milieu scolaire en termes de réduction du risque de tentatives de suicide, que ce soit immédiatement après intervention (k = 3, RR = 0,31, IC 95 % 0,15 à 0,61, I^2 = 0 %) ou lors du suivi (k = 3, RR = 0,63, IC 95 % 0,42 à 0,96, I^2 = 0 %). Concernant les idées suicidaires, il y avait des indices forts d'un effet immédiat des interventions (k = 7, SMD = -0,41, IC 95 % -0,57 à -0,24, I^2 = 15,2 %), mais cet effet n'était plus significatif au cours de la période de suivi (k = 5, SMD = -0,21, IC 95 % -0,52 à 0,1, I^2 = 46,9 %) (191).

L'étude SEYLE de Wasserman *et al.* (157) est décrite à la section 5.2.5.1. Pour rappel, l'ECR a assigné de manière aléatoire 168 écoles (n = 11 110 élèves) aux interventions QPR (n = 2 692), YAM (n = 2 721), ProfScreen (n = 2 764) et à un groupe contrôle sans intervention (n = 2 933). Après analyse *per protocol*, les auteurs n'ont pas constaté de différence significative entre les trois groupes d'intervention et le groupe contrôle lors de l'évaluation à 3 mois. En revanche, à 12 mois de suivi, le programme YAM a été associé à une réduction significative des tentatives de suicide (OR = 0,45, IC 95 % 0,24-0,85 ; *p* = 0,014) et des idées suicidaires, y compris dans leur planification (OR = 0,50, 0,27-0,92 ; *p* = 0,025) par rapport au groupe contrôle. Aussi, l'étude SEYLE (157) fournit des preuves solides sur l'efficacité d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire. La réduction du nombre de tentatives de suicide a été de plus de 50 % dans le groupe YAM par rapport au groupe témoin. Le programme YAM (*Youth Aware of Mental Health Programme*) est une intervention de sensibilisation à la santé mentale. Le programme YAM comprend 3 h de jeux de rôle avec des ateliers interactifs combinés à un livret de 32 pages que les élèves peuvent emporter chez eux, six affiches éducatives affichées dans chaque classe participante et deux conférences interactives d'une heure sur la santé mentale au début et à la fin de l'intervention.

À titre de comparaison, cet effet est plus important que ceux constatés dans d'autres interventions de santé publique en milieu scolaire jugées efficaces à l'appui de méta-analyses – par exemple, pour le harcèlement scolaire (17-23 %) (192) ou l'arrêt du tabac (14 %) (193).

5.2.8.2. Médecine de ville

Au début des années 1990, tous les médecins généralistes de l'île de Götaland, en Suède, ont été formés à repérer et à prendre en charge les troubles de l'humeur. Le programme a rapidement conduit à une diminution significative du taux de suicide (194), ouvrant la voie à de nombreux programmes de formation ciblant les acteurs de soins primaires.

Dans une récente revue sur le sujet, Audouard-Marzin *et al.* (195) ont répertorié 18 publications à travers le monde portant sur la formation des médecins au repérage et à la prévention du risque suicidaire. Les auteurs n'ont pu dégager aucun consensus concernant le contenu, le déploiement ou l'évaluation de ces formations. Seule une similarité de structure a été retrouvée (une partie théorique puis des ateliers interactifs).

En matière d'efficacité, une récente méta-analyse portant sur 14 études dont quatre ECR (196) s'est concentrée sur l'effet de la prévention des idées suicidaires, automutilations, tentatives de suicide et décès par suicide, d'interventions ciblant les médecins généralistes. Malgré une hétérogénéité modérée des études (I^2 = 46,5 %), les auteurs ont mis en évidence une réduction significative des taux de suicide dans les comparaisons de type avant/après (RR = 0,78 ; IC 95 % 0,62-0,97), mais aucun effet significatif dans les comparaisons ici/ailleurs (RR =1,07, IC 95 % 0,79-1,45).

Concernant les adolescents, l'ECR d'Asarnow *et al.* (197) a montré qu'un programme de formation visant à renforcer la capacité des médecins généralistes à dépister et prendre en charge la dépression juvénile, selon les étalons-or de la médecine fondée sur les preuves, était associé à une diminution significative des tentatives de suicide. Une seconde étude, sans groupe témoin cette fois, suggère qu'une formation d'une journée permettrait aux médecins généralistes d'améliorer le repérage des adolescents en détresse psychologique ou avec des idées suicidaires (198). Néanmoins, d'après cette même étude, l'amélioration du repérage n'entraînerait pas nécessairement de changement dans la prise en charge des patients.

Recommandations

R14. Il est rappelé que poser la question à un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suicidaires n'induira pas chez lui de telles idées ou ne provoquera pas de passage à l'acte. Par conséquent, il est recommandé d'être explicite lorsque la question est abordée (grade C). Lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime des idées suicidaires à un adulte – en particulier s'il s'agit d'un professionnel –, il est nécessaire qu'il reçoive de sa part une réponse réactive et adaptée, notamment en termes d'écoute et d'orientation.

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

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

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

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

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

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

6.1. Concepts et définitions

Si l'on se réfère à l'approche épidémiologique traditionnelle du suicide et des comportements associés (cf. 1.6), la notion de risque suicidaire, rarement définie dans la littérature, renvoie à la probabilité qu'un individu donné adopte une conduite suicidaire donnée (souvent la tentative de suicide ou le suicide, traités indistinctement), à une échéance donnée. Dès lors, pour un clinicien, évaluer le risque suicidaire consiste à estimer cette probabilité.

Dans une démarche clinique et épistémologique appuyée sur une littérature qu'ils reconnaissent comme pauvre, Berman et Silverman (199) proposent de distinguer avec davantage de finesse (200) :

- **l'évaluation du risque suicidaire**, qui consiste à la démarche clinique de recueil de l'ensemble des informations, symptômes, comportements et antécédents connus pour augmenter (facteurs de risque) ou diminuer (facteurs de protection) le risque suicidaire ;
- **la formulation du risque suicidaire**, qui consiste au processus par lequel un clinicien assigne à l'individu qu'il évalue un niveau de risque d'adopter une conduite suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire est une étape préliminaire à sa formulation ; la fiabilité et la validité de l'un dépend de la robustesse de l'autre. Il faut également noter que la formulation du risque suicidaire a valeur pragmatique puisqu'elle a vocation à guider les décisions relatives à l'orientation, la protection et la prise en charge du patient.

Par ailleurs, si la notion d'évaluation du risque suicidaire suppose un jugement probabiliste, elle ne dit en elle-même rien de la portée de cette probabilité dans le temps. En effet, il n'est pas du tout indifférent pour l'activité d'un clinicien de connaître le risque statistique que son patient soit concerné par une conduite suicidaire dans les mois, voire les années à venir, ou de connaître le risque qu'il adopte un tel comportement dans les heures ou les jours à venir. Or, par construction méthodologique, l'immense majorité des facteurs de risque et de protection identifiés dans la littérature sont définis par une augmentation de la probabilité d'un évènement suicidaire sur le moyen ou long terme. Dès lors, l'intégration de ces facteurs statistiques à la démarche d'estimation d'une probabilité de suicide de court terme relève nécessairement de l'extrapolation trompeuse. **Aussi, certains auteurs (ex. : Walter et Shea *et al.*** (201, 202)**) proposent d'employer la notion de potentiel suicidaire pour qualifier la probabilité d'un suicide ou d'une tentative de suicide sur le court terme, en opposition au risque suicidaire, qui correspondrait à la probabilité d'un suicide ou d'une tentative de suicide sur le moyen ou le long terme.**

6.2. Recueil des informations

Selon Silverman et Berman (199), l'évaluation du risque suicidaire doit être réalisée au cours d'un entretien dédié. S'agissant des adolescents en particulier, les résultats de l'étude de Klaus *et al.* (203) suggèrent que l'étape d'entretien individuel ne devrait pas être escamotée – au prétexte de la minorité, par exemple – dans la mesure où les parents tendent à sous-estimer leurs difficultés, et notamment la sévérité de leurs idées et conduites suicidaires.

De l'avis de la plupart des auteurs, la manière et le contexte dans lequel les questions relatives aux idées et conduites suicidaires sont posées ont une incidence sur la validité des réponses obtenues (204, 205). À ce motif, la recommandation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation

en santé (Anaes) en 1998, au sujet de la « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide », insistait sur la qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts (206). Elle recommandait la fixation d'un cadre strict à la prise en charge, tout en préconisant d'établir un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

À l'appui d'une démarche d'argumentation scientifique à notre connaissance unique par sa rigueur, Pettit *et al.* ont récemment publié une approche pragmatique de l'évaluation et de la prise en charge du risque suicidaire chez les enfants et les adolescents (207). Les auteurs suggèrent de commencer l'évaluation en expliquant au patient l'importance d'aborder la question des idées suicidaires et en demandant sa permission pour aller plus avant dans l'investigation. Cette manière de procéder permettrait de normaliser l'expérience des idées et conduites suicidaires, d'en discuter comme d'une évidence et, ainsi, de réduire les résistances de l'enfant ou de l'adolescent tout en affirmant le respect de son autonomie. Si le patient refuse d'aborder la question du suicide, Pettit *et al.* invitent à discuter avec lui des motifs de sa réticence (par exemple, la crainte d'une hospitalisation), puis de revenir sur l'importance d'un échange ouvert.

Pour des raisons éthiques et thérapeutiques, Pettit *et al.* Insistent, par ailleurs, sur l'importance de discuter avec le jeune de la question de la confidentialité et de ses limites préalablement à toute évaluation, quand bien même ces précisions pourraient provoquer chez lui des réticences à révéler ses idées et conduites suicidaires (207). En effet, selon les auteurs, les coûts d'une rupture de confiance, surtout dans le cadre d'une relation thérapeutique qui devra se poursuivre, surpassent les bénéfices à obtenir des données aux dépens d'un manque d'information du patient quant au cadre de l'entretien.

De nombreux auteurs (ex. : Goldston et Compton, AACAP, Silverman et Berman (199, 208, 209)) insistent sur l'importance de multiplier les sources d'information en complétant le recueil de données auprès du patient au moyen d'entretiens avec sa famille et ses amis, de la consultation de dossiers médicaux et/ou d'utilisation d'outils auto ou hétéro-administrés. Selon Pettit *et al.*, l'investigation minimale comporte l'interrogation de l'enfant ou de l'adolescent et de son *caregiver* principal (207). Pour ce faire, ils invitent, chaque fois que possible, à mener au moins un entretien séparément afin de permettre aux uns et aux autres de donner des informations qu'il leur serait inconfortable de révéler face à leur proche. Dans la mesure où il a été montré que les incongruences entre le discours du jeune et celui de ses informants sont fréquentes (140), les auteurs rappellent la nécessité de faire préciser les informations collectées.

6.3. Estimation de la probabilité de conduites suicidaires

6.3.1. Principes généraux

Selon Shea, la formulation du risque suicidaire peut être divisée en deux parties complémentaires (210) :

- l'exploration des facteurs de risque et de protection statistiques (facteurs sociodémographiques, antécédents familiaux et personnels, etc.) ;
- l'exploration de la crise suicidaire individuelle (présence ou absence d'idées suicidaires, motivations, intentions, planification, etc.).

Une telle approche est concordante avec la méthode d'évaluation dite du « RUD », développée par Séguin et Terra en 2000 (211) pour les besoins du premier « Programme national de prévention contre le suicide 1998-2000 ». Le RUD consiste à évaluer l'individu selon trois axes :

- risque : recueil de l'ensemble des facteurs de risque et de protection étayés par la littérature ;
- urgence : estimation de l'imminence de l'adoption d'une conduite suicidaire ;

- dangerosité : estimation de l'accessibilité et de la létalité du moyen envisagé en cas de mise en œuvre du scénario suicidaire.

La méthode du RUD est adossée au référentiel théorico-clinique de la crise (cf. section 4.4). Depuis 20 ans qu'il est formalisé et que la formation associée est diffusée, le RUD est largement entré dans les *habitus* cliniques de pays francophones tels que la Suisse (ex. : Perogamvros *et al.* (212)), le Québec (ex. : Lebel *et al.* (213)) ou la France (ex. : Walter (201)), au point d'être enseigné, par exemple, dans le *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie* produit par le Collège national des universitaires en psychiatrie, l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique et le Collège universitaire national des enseignants en addictologie (214). Fondée sur le savoir expérientiel de ses concepteurs, sur les données disponibles de la littérature, notamment eu égard aux facteurs de risque et de protection, et sur les modèles théoriques en vigueur, il faut toutefois noter que la méthode du RUD n'a fait l'objet d'aucune évaluation spécifique quant à son efficacité prédictive.

En raison de leur complémentarité, risque, urgence et dangerosité sont souvent présentés conjointement. Or, les considérations exposées à la section 6.1 incitent à opérer une distinction d'interprétation et de valeur clinique entre :

- d'une part, la formulation du risque, qui caractérise la personne en elle-même et permet d'estimer la probabilité qu'elle adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme. Il s'agit de **l'évaluation du risque suicidaire** à proprement parler ;
- d'autre part, l'urgence et la dangerosité, qui caractérisent davantage la crise suicidaire et permettent d'estimer la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. Il s'agit de **l'évaluation du potentiel suicidaire**.

Et de retrouver les deux pans de la démarche évaluative proposés par Shea (210). Également compatible avec cette typologie, le programme de formation de l'*American Association of Suicidology*, intitulé *Recognizing and Responding to Suicide Risk* (RRSR) (215), différencie les facteurs de risque chroniques, qui modulent la vulnérabilité du patient aux conduites suicidaires au cours de sa vie, et les facteurs de risque aigus (216), sur la base desquels il est possible d'estimer le risque de conduite suicidaire à court terme. Dans la même veine, Pettit *et al.* proposent de différentier le risque-état (ou risque chronique) et le risque-trait (ou risque aigu) (207).

Concernant les enfants et les adolescents, les cadres de référence pour l'estimation de la probabilité d'une conduite suicidaire sont rares et aucun ne distingue l'évaluation du risque de l'évaluation du potentiel suicidaire. Néanmoins, les éléments de la démarche clinique « multisecteur », tels que proposés par Vandevoorde (facteurs de risque, situation sociale et familiale, pathologies psychiatriques, processus psychologique et processus suicidaire), peuvent sans difficulté être distribués dans la typologie évaluative « estimation du risque de court terme *versus* estimation du risque de moyen et long terme » (217).

6.3.2. Évaluation du potentiel suicidaire

À l'appui des arguments développés ci-dessus, la notion **d'évaluation du potentiel suicidaire** est ici utilisée pour qualifier la démarche de recueil de l'ensemble des éléments susceptibles de renseigner la probabilité pour l'individu d'adopter une conduite suicidaire potentiellement mortelle à échéance brève. Elle aboutit à la **formulation d'un potentiel suicidaire**, c'est-à-dire à une estimation de cette probabilité (ou de l'imminence du passage à l'acte (201)). La formulation du potentiel suicidaire permettant de guider les mesures de protection, de soins et d'accompagnement à diligenter à court terme.

Si l'estimation du potentiel suicidaire est la dimension de l'évaluation dont la portée pratique semble la plus évidente et la plus critique, c'est aussi celle pour laquelle les éléments de preuve empiriques sont,

et de loin, les plus pauvres. Les dimensions de l'évaluation mentionnées ci-dessous sont donc principalement issues de recommandations de bonnes pratiques ou d'outils validés.

6.3.2.1. Urgence suicidaire – Préconisations générales

D'après la conférence de consensus de 2000 sur l'identification et la gestion de la crise suicidaire (186), il est préconisé d'explorer :

- le niveau de souffrance (désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité) ;
- le degré d'intentionnalité (idées envahissantes, ruminations, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins) ;
- les dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario) ;
- les éléments d'impulsivité (tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents) ;
- un éventuel élément précipitant (conflit, échec, rupture, perte, etc.) ;
- la qualité du soutien de l'entourage proche (capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »).

Si l'on considère que l'évaluation du potentiel suicidaire consiste à qualifier la crise que l'individu traverse, alors la caractérisation phénoménologique de ses idées suicidaires est également susceptible d'être pertinente dans l'estimation de l'urgence. Dans cette perspective, la méthode développée par l'équipe de Columbia, États-Unis, fournit sans doute les éléments exploratoires les plus détaillés, à savoir (218) :

- le degré de représentation et d'intentionnalité associées à l'idée suicidaire (idée suicidaire passive ; idée suicidaire active aspécifique ; idée suicidaire active avec moyen envisagé, sans velléité de passage à l'acte ni scénario précis ; idée suicidaire active avec moyen envisagé et velléité de passage à l'acte mais sans scénario précis ; idée suicidaire active avec moyen envisagé, velléité de passage à l'acte et scénario précis) ;
- l'intensité de l'idéation suicidaire, opérationnalisée en termes de fréquence, de durée, de contrôlabilité, de facteurs dissuasifs et de motivations.

6.3.2.2. Chez l'enfant et l'adolescent

Si la crise suicidaire de l'adolescent peut s'apparenter, à quelques nuances près, à celle de l'adulte, Vandevoorde constate l'absence de modélisation théorico-clinique spécifique à l'enfance (217). De la même manière, les recommandations de 1998 de l'Anaes portant sur la prise en charge des adolescents suicidants en milieu hospitalier n'abordaient que de façon asymptotique l'évaluation de la crise suicidaire et ne comprenaient aucun développement sur l'enfant (206).

Au minimum, Vandevoorde préconise (217), à la suite de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie (FFP) sur la prise en charge de la crise suicidaire (186), de ne jamais banaliser des propos suicidaires chez l'enfant ou l'adolescent. De la même manière, Pettit *et al.* invitent à adopter une stratégie par excès plutôt que par défaut dans la reconnaissance d'un risque suicidaire, quelle que soit la personne qui le suggère (notamment les parents et l'adolescent), en raison de la gravité des préjudices impliqués par les « faux négatifs » (207).

Pour guider l'évaluation de la crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent, Pettit *et al.* (207) recommandent, par ailleurs, de s'appuyer sur le contenu de deux outils rapides d'administration, de fiabilité et de validité démontrées de façon robuste et disponibles dans le domaine public : la C-SSRS (218) et

la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI) (219). La première est déjà évoquée plus haut (cf. section 5.2.5.3). La seconde recouvre :

- la fréquence des idées suicidaires ;
- l'âge des premières idées suicidaires ;
- la sévérité des idées suicidaires ;
- la fonction associée à la conduite suicidaire considérée ;
- les facteurs précipitants.

En ce qui concerne l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire chez l'enfant, Vandevoorde (217) la juge indissociable d'une appréciation développementale du niveau de représentation de la mort. Il nuance toutefois, en rappelant qu'une pleine maîtrise du concept de la mort n'est pas nécessaire pour éprouver des idées suicidaires ou adopter une conduite suicidaire (209) (cf. 1.6.4 et 1.6.5). Application concrète de l'adaptation évaluative au développement, l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) invite, quant à elle, à ne pas méconnaître la tendance des enfants à sous-estimer la létalité des méthodes de suicide en raison de leur immaturité représentationnelle (209).

S'agissant du facteur précipitant, Bridge *et al.* rappellent que les facteurs précipitants les plus fréquents chez les adolescents sont les conflits interpersonnels et les pertes, surtout parmi ceux qui présentent un trouble lié à l'usage de substances (220). Néanmoins, Spirito et Esposito-Smythers suggèrent que le type d'évènement le plus fréquemment rencontré pourrait varier en fonction de l'âge du jeune (221).

L'exposition au suicide est un facteur précipitant fréquemment discuté dans la littérature, notamment par les revues de Bridge *et al.* (220), de l'AACAP (209) et de Spirito et Esposito-Smythers (221), consacrées au suicide et aux tentatives de suicide de l'adolescent. À l'échelon populationnel, les couvertures médiatiques trop peu précautionneuses de faits divers suicidaires – en particulier concernant des célébrités – ont été associées de façon robuste à une augmentation subséquente des taux de suicide (222). Les adolescents seraient particulièrement concernés par cet « effet Werther » qui a également été décrit pour les films et les séries télévisées (223). Par ailleurs, une proportion faible, mais significative, de suicides d'adolescents surviendrait dans un contexte de cluster, c'est-à-dire d'augmentation circonscrite dans le temps et l'espace (le plus souvent dans un établissement scolaire) du taux de suicide ou de tentatives de suicide (224). Ces clusters concerneraient surtout les jeunes préalablement vulnérabilisés par une affection psychiatrique, sans forcément qu'ils aient une connaissance personnelle du défunt. À l'échelon individuel, les résultats relatifs aux conséquences pour un adolescent d'être exposé à une tentative de suicide ou à un suicide sont plus rares et plus contrastés : certaines études ne mettent en évidence aucune augmentation d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide, d'autres retrouvent un tel lien, mais largement médié par la psychopathologie associée, d'autres enfin montrent une association indépendante entre exposition suicidaire et idées et conduites suicidaires subséquentes (225, 226).

6.3.2.3. Après une tentative de suicide

Sur la base d'une vaste revue de la littérature, l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* recommande (209) de procéder à l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent qui a fait une tentative de suicide en :

- précisant le type de méthode employée (les moyens non usuels étant réputés plus préoccupants) et sa létalité (à mettre en lien avec la létalité subjectivement attendue par le patient) ;
- appréciant le niveau de planification de la tentative ;

- mesurant les efforts déployés par le patient pour minimiser la probabilité d'être découvert et/ou secouru.

L'AACAP préconise également de s'assurer que les moyens létaux ne sont plus à disposition.

À l'appui d'une autre revue systématique de la littérature, Bridge *et al.* relèvent, quant à eux, que l'intentionnalité suicidaire constitue, dans les suites d'une tentative de suicide, un prédicteur fort du risque de réitération ou de suicide ultérieur (220). Dans les suites de Brent *et al.* (185) et de Kingsbury (227), ils en distinguent quatre composantes orthogonales :

- les croyances relatives à l'intentionnalité ;
- le degré de préparation de la tentative ;
- les efforts mis en œuvre pour éviter que la tentative ne soit découverte ;
- la communication autour de l'intention suicidaire.

À l'intentionnalité, les auteurs ajoutent l'opportunité d'évaluer les motivations de la tentative de suicide. D'après les éléments de preuve disponibles, les adolescents évoquant un souhait de mourir ou d'échapper à une situation douloureuse et ceux qui jugent probable une nouvelle tentative seraient les plus à risque de réitérer.

Il faut enfin noter que la SITBI (219) comporte une section consacrée à l'évaluation après tentative de suicide. Elle interroge :

- la douleur ressentie ;
- l'utilisation concomitante d'alcool ou de drogue ;
- l'influence des pairs dans l'adoption d'une conduite suicidaire ;
- la probabilité subjectivement estimée d'une réitération.

6.3.2.4. Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

Selon le modèle RUD et la conférence de consensus de la FFP de 2000 sur la prise en charge de la crise suicidaire (186), la dangerosité suicidaire recouvre :

- l'accessibilité des moyens suicidaires envisagés ;
- la létalité de ces moyens.

Walter insiste donc sur la nécessité d'évaluer adéquatement et précisément le scénario suicidaire par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment » (201).

L'AACAP rappelle, quant à elle, la nécessité de s'assurer que les moyens létaux ont été mis hors de portée après une tentative de suicide (209).

6.3.2.5. Limites à l'évaluation du potentiel suicidaire

La formulation du potentiel suicidaire repose, avant tout, sur l'évaluation du processus critique avec lequel l'individu est aux prises. Dans cette évaluation, la caractérisation des idées suicidaires occupe une place centrale. Or, Silverman et Berman rappellent que la relation exacte entre les idées et les comportements suicidaires ultérieurs reste difficile à établir, notamment du fait de la difficulté à obtenir des informations fiables auprès des patients (199). En effet, les sentiments de honte ou de culpabilité, la stigmatisation ou la crainte d'être hospitalisé sont autant de facteurs dissuasifs possibles de l'évocation, en entretien, d'idées suicidaires ou d'antécédents de tentative de suicide. Le fait que de nombreux décès par suicide surviennent dans les suites immédiates d'une sortie d'hospitalisation (228) pourrait d'ailleurs être un indice de ce que certains patients minimisent ou dissimulent, volontairement ou involontairement, leurs idées suicidaires.

En tout état de cause, Silverman et Berman alertent quant à l'erreur qu'il y aurait à être indûment rassuré par une personne qui dirait ne pas avoir d'idées suicidaires ou n'avoir que des idées suicidaires passives. Les auteurs insistent également sur la nécessité d'être précis et clair dans la recherche d'idées suicidaires et, surtout, de poursuivre l'évaluation par une caractérisation approfondie de ces idées (199).

6.4. Évaluation du risque suicidaire

La notion d'**évaluation du risque suicidaire** est ici utilisée dans une acception restreinte pour qualifier la démarche de recueil de l'ensemble des éléments susceptibles de renseigner la probabilité, pour l'individu, d'adopter une conduite suicidaire potentiellement mortelle à échéance moyenne ou longue. Elle aboutit à la **formulation d'un risque suicidaire**, c'est-à-dire à une estimation de cette probabilité.

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

De très nombreuses études se sont attelées à identifier les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide à l'adolescence. Nous nous appuierons sur les revues particulièrement exhaustives de l'AACAP (209), de Bridge *et al.* (220) et de Spirito et Esposito-Smythers (221), pour en décrire les principaux.

- Les antécédents de tentative de suicide : il s'agit du facteur associé au risque de suicide et de tentative de suicide à l'adolescence avec la plus grande taille d'effet, que ce soit chez les filles (x 20 selon certaines études) ou chez les garçons (x 30 selon certaines études). Plus de 25 % des suicides d'adolescents seraient précédés d'une tentative de suicide.
- Les troubles psychiatriques :
  - quels qu'ils soient : au moins une affection psychopathologique serait présente chez 90 % des jeunes victimes de suicide et chez 80 % des adolescents ayant fait une tentative de suicide. Le fait de présenter un trouble psychiatrique augmenterait le risque de suicide à l'adolescence d'un facteur 9, facteur qui serait encore majoré avec la chronicité et la sévérité du trouble ;
  - les troubles de l'humeur :
    - troubles et symptômes dépressifs : principales manifestations psychiatriques retrouvées dans les tentatives de suicide et les suicides de l'adolescent, que ce soit chez les garçons ou chez les filles,
    - troubles bipolaires, surtout en cas d'état mixte ;
  - troubles liés à l'usage de substance : surtout chez les adolescents plus âgés et présentant un trouble de l'humeur ou un trouble disruptif comorbide ;
  - troubles disruptifs : surtout impliqués chez les garçons ; ils seraient chez eux le troisième facteur psychopathologique prédictif de conduites suicidaires après les antécédents de tentative de suicide, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'usage de substance ;
  - troubles anxieux : leur effet prédictif sur les idées et conduites suicidaires serait médié par les troubles de l'humeur qui tendent à les compliquer, excepté pour le trouble panique qui serait un facteur de risque indépendant ;
  - troubles de stress post-traumatique : au moment où les revues de l'AACAP (209), de Bridge *et al.* (220) et de Spirito et Esposito-Smythers (221) ont été publiées, les résultats relatifs aux liens entre les troubles de stress post-traumatique et les conduites suicidaires à l'adolescence étaient pauvres. Depuis, une méta-analyse publiée par Panagioti *et al.,* en 2015, a

montré qu'il existait une association statistique forte et indépendante entre troubles de stress post-traumatique et suicidalité à l'adolescence (229) ;

- troubles de la personnalité : retrouvés dans près d'un tiers des suicides d'adolescent. Les personnalités de type antisocial, état-limite, narcissique et histrionique seraient particulièrement à risque ;
- anorexie mentale : une méta-analyse montre que l'anorexie mentale augmenterait le taux de suicide d'un facteur 8 chez les 14-25 ans (230).

– Les troubles de santé physique et les maladies chroniques comme le diabète et l'épilepsie : ils augmentent le risque d'idées et de conduites suicidaires en eux-mêmes ou du fait des retentissements fonctionnels qu'ils induisent, indépendamment des troubles psychiatriques associés.
– Caractéristiques psychocomportementales :
  - traits de personnalité et facteurs psychologiques : impulsivité, agressivité, faible estime de soi, névrosisme, désespoir, perfectionnisme ;
  - émotions : anxiété, colère ;
  - caractéristiques cognitives : difficultés ou biais dans la résolution de problèmes.
– Les facteurs familiaux :
  - psychopathologie parentale : dont la dépression, les troubles liés à l'usage de substance et les comportements antisociaux ;
  - antécédents familiaux de conduites suicidaires : ils multiplieraient le risque de suicide et de tentative de suicide par un facteur allant jusqu'à six. Plus les antécédents sont nombreux, plus le risque de conduites suicidaires – notamment précoces – augmenterait ;
  - pertes familiales : par décès, divorce, séparation ou départ du lieu de vie. Le risque augmente surtout si la perte est précoce ;
  - conflits familiaux et perturbations de la relation parent-enfant : manque de soutien, problème de communication, etc.
– Maltraitance : incluant la négligence, les violences psychologiques, physiques et sexuelles. Ces dernières rendraient compte de 17 à 20 % des tentatives de suicide à l'adolescence. Le lien entre maltraitances et conduites suicidaires juvéniles ne serait que partiellement médié par la psychopathologie. Il existerait un effet dose-dépendant, le risque augmentant avec le nombre cumulé de violences subies.
– Groupes à risque :
  - populations LGBT : le fait d'être gay, lesbienne, bi ou de présenter une transidentité augmente le risque de suicide et de tentative de suicide, principalement en lien avec la stigmatisation associée ;
  - jeunes en errance, sans abri ou en fugue : la déconnexion d'avec les systèmes supports (école, travail et famille) implique un risque suicidaire élevé, surtout en lien avec les autres facteurs de risque que cette déconnexion implique (troubles psychopathologiques, pertes, mésententes familiales, etc.) ;
  - jeunes incarcérés ;
  - jeunes confiés à la protection de l'enfance (231, 232). Une méta-analyse comparant la prévalence des idées suicidaires, des tentatives de suicide et du suicide chez les enfants et les adolescents placés en institution avec les populations non placées a montré que les sujets placés ont deux fois plus d'idées suicidaires (24,7 % *vs* 11,4 %) et sont trois fois plus susceptibles de déclarer une tentative de suicide (3,6 % *vs* 0,8 %), par rapport aux jeunes non placés (231).

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

La littérature relative aux facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide chez l'enfant est bien plus pauvre que chez l'adolescent. Les deux populations sont souvent traitées indistinctement à la défaveur de la compréhension de la seconde, si bien que les revues spécifiquement dédiées aux moins de 12-14 ans sont rares.

Dans une récente revue non systématique de la littérature, Ridge Anderson *et al.* identifient les facteurs de risque suivants (233) :

- facteurs propres à l'enfant :
  - symptômes dépressifs,
  - trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et autres troubles disruptifs,
  - autodévalorisation ; dans une moindre mesure, désespoir et faible estime de soi,
  - agressivité, impulsivité, irritabilité et troubles du comportement, possiblement (mais pas nécessairement) médiés par les manifestations dépressives ;
- maltraitance ;
- facteurs associés à la famille :
  - défaut de cohésion familiale,
  - difficultés dans la relation parent-enfant,
  - psychopathologie parentale.

Dans une étude rétrospective menée sur 435 présentations de 2002 à 2008 pour motif suicidaire au *Children's University Hospital, Temple Street* à Dublin, Irlande, Sarkar *et al.* se sont attachés à évaluer ce qui différenciait la population infantile (moins de 12 ans) de la population juvénile (plus de 12 ans) (234). S'agissant des facteurs de risque, leurs résultats étaient les suivants :

- les moins de 12 ans étaient davantage susceptibles de présenter un antécédent familial de dépression que les plus de 12 ans (37 % *vs* 16 %, $p = 0{,}003$) ;
- les moins de 12 ans étaient plus fréquemment concernés par le harcèlement que les plus de 12 ans (15 % *vs* 3 %, $p = 0{,}006$) ;
- les antécédents d'automutilation étaient moins fréquents chez les moins de 12 ans que chez les plus de 12 ans (23 % *vs* 47 %, $p = 0{,}002$).

En 2020, Janiri *et al.* ont publié dans le *Lancet Psychiatry* une étude rétrospective portant sur les 11 875 enfants âgés de 9-10 ans inclus dans la cohorte ABCD (235). Parmi ces enfants, 673 (8 %) relataient des idées suicidaires passées ou actuelles, 75 (1 %) évoquaient un plan suicidaire passé ou actuel et 10 (1 %) rapportaient un antécédent de tentative de suicide. Les principaux facteurs de risque de suicidalité retrouvés étaient :

- la psychopathologie de l'enfant (OR = 1,7-4,8, IC 95 % 1,5-7,4) ;
- les conflits intrafamiliaux (OR = 1,4-1,8, IC 95 % 1,1-2,5) ;
- le temps d'utilisation des écrans durant le week-end (OR = 1,3, IC 95 % 1,2-1,7).

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

Peu d'études se sont intéressées aux facteurs associés à la diminution du risque de conduites suicidaires chez l'adolescent et, *a fortiori*, chez l'enfant.

Parmi les principaux facteurs de protection, on retrouve :

- la cohésion familiale, les liens positifs parent-enfant, le fait de passer du temps en famille, la supervision parentale ajustée et le haut niveau d'attentes académiques et comportementales des parents à l'égard de leurs enfants ;
- la spiritualité et les croyances religieuses ;
- les stratégies de *coping* productives comme la capacité à rechercher de l'aide, à résoudre des problèmes, à se centrer sur le positif ou l'investissement scolaire.

L'étude de Janiri *et al.* a retrouvé que la supervision parentale et l'investissement positif à l'école diminuaient le risque de suicidalité chez l'enfant également (OR = 0,8, IC 95 % 0,7-0,9) (235).

6.4.4. Stratégie d'évaluation du risque suicidaire

Malgré leur utilité clinique, Pettit *et al.* notent qu'il serait éprouvant – et pour tout dire, infaisable – de rechercher l'ensemble des facteurs de risque connus chez un même individu (207). Aussi, nombreux sont les auteurs qui recommandent un ordre de priorisation dans l'évaluation du risque, souvent en lien avec la taille d'effet et la robustesse des prédicteurs. L'AACAP, par exemple, propose de retenir les facteurs suivants (209) :

- chez le garçon :
  - un âge supérieur à 16 ans,
  - un antécédent de tentative de suicide,
  - un trouble de l'humeur,
  - un trouble lié à l'usage de substances ;
- chez les filles :
  - un antécédent de tentative de suicide,
  - un trouble de l'humeur.

Les auteurs citent également l'*American Foundation for Suicide Prevention* qui établit comme prééminents les facteurs de risque suivants (236) :

- un antécédent de tentative de suicide ;
- le fait d'avoir des idées suicidaires actives ;
- le genre masculin ;
- le fait de vivre seul ;
- la dépression, la manie, l'hypomanie, le trouble anxieux sévère ou un mélange de ces troubles ;
- le trouble lié à l'usage de substances, seul ou en association avec un trouble de l'humeur ;
- les symptômes d'agitation, d'irritabilité, de violence, ainsi que le délire et les hallucinations.

Enfin, dans leur algorithme clinique, Pettit *et al.* font de la recherche d'antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilations la première étape de leur démarche évaluative, et la seule consacrée à l'évaluation du risque « chronique » (207).

À noter qu'il est possible de mettre la stratégie de recueil des facteurs de risque suicidaire en perspective des modèles développementaux qui en proposent une classification fonctionnelle. Rappelons, par exemple, que Turecki et Brent suggèrent de distinguer les facteurs distaux qui déterminent une vulnérabilité durable, les facteurs intermédiaires qui sont l'expression phénotypique de cette vulnérabilité et les facteurs proximaux qui contribuent à précipiter les conduites suicidaires (cf. section 1.6.5) (77). Une telle classification permet d'organiser les prédicteurs recherchés non plus seulement en fonction de leur association statistique avec le suicide et les tentatives de suicide (éventuellement pondérée par leur taille d'effet et leur robustesse), mais aussi en fonction de leur interprétation possible.

6.4.5. Pertinence de l'évaluation du risque

Dans le cadre de l'urgence, la prospective de moyen ou long terme, à laquelle donne accès l'évaluation du risque suicidaire, ne coïncide pas avec la temporalité décisionnelle d'orientation et de protection de l'enfant ou de l'adolescent. Face à un patient présentant des idées suicidaires, la première préoccupation du clinicien est, en effet, d'ajuster les modalités de la prise en charge immédiate en fonction de la probabilité de conduites suicidaires dans le court terme. Pour autant, l'ensemble des articles et recommandations traitant de l'évaluation de l'enfant ou de l'adolescent suicidaire ou suicidant préconisent le recueil stratégique des principaux facteurs de risque et de protection. Trois principaux arguments sont régulièrement soulevés quant à la pertinence et l'utilité pragmatique d'évaluer le risque suicidaire, y compris dans l'urgence.

- La contextualisation de l'évaluation du potentiel suicidaire, ou selon Pettit *et al.*, le développement d'une « conceptualisation du cas » (207). Selon cet argument, le recueil des facteurs de risque et de protection permettrait de pondérer la formulation du potentiel suicidaire en la réinscrivant dans le cadre d'une vulnérabilité préalable. À titre d'exemple, les auteurs proposent de s'enquérir des antécédents de tentatives de suicide, avant même d'investiguer les idées suicidaires dans la mesure où cette étape préliminaire modulerait le niveau d'inquiétude associé aux possibles manifestations d'une crise suicidaire.
- La compensation des carences de l'évaluation du potentiel suicidaire : comme le rappellent Silverman et Berman, l'évaluation du potentiel suicidaire est susceptible d'être compromise ou biaisée par la qualité du recueil d'informations, notamment lorsque le patient et/ou ses proches nient, minimisent ou banalisent les idées suicidaires, qu'ils comprennent mal les questions qui leur sont posées ou qu'ils refusent de répondre (199). Dans ces situations, le recueil des facteurs de risque permet de pondérer l'estimation de la probabilité d'un passage à l'acte sur la base des seuls dires du patient et/ou de ses proches, ainsi que le crédit qu'il est possible d'accorder à cette estimation.
- L'identification de leviers d'action : au-delà de leur fonction pronostique, les facteurs de risque et de protection permettraient d'identifier des leviers préventifs et thérapeutiques sur le court ou le moyen terme. Après avoir expliqué que l'évaluation du risque suicidaire devrait directement guider les étapes d'action, Pettit *et al.* proposent, par exemple, d'en faire un support pour l'élaboration d'un plan de sécurité (207). De la même manière, Séguin et Chawky (cf. section 6.5) forment à recueillir les facteurs de risque et de protection, notamment dans la perspective d'en faire des leviers de prise en charge (237).

6.5. Évaluation intégrée

Compte tenu de la complémentarité des approches que nous avons formalisées en termes d'évaluation du risque suicidaire et d'évaluation du potentiel suicidaire, certains auteurs ont proposé une démarche davantage intégrée d'appréhension de la crise suicidaire. Plutôt que de traiter les facteurs de risque et les caractéristiques des idées suicidaires de façon juxtaposée ou additive, ces auteurs se réfèrent à des modélisations théoriques qui permettent d'en concevoir les interactions et les agencements de façon dynamique. À l'opposé d'une démarche actuarielle strictement statistique, l'estimation de la probabilité d'une conduite suicidaire dans le court terme est appréhendée comme une démarche pleinement clinique d'inférence à partir des parcours et contextes individuels.

S'inspirant du modèle de Litman (238), Berman et Silverman (200) proposent, par exemple, de concevoir une « zone de vulnérabilité au suicide » dans laquelle les individus vulnérables oscilleraient entre des périodes de risque accru et des périodes de risque moindre en fonction des manifestations symptomatiques et des facteurs contextuels rencontrés. Les facteurs protecteurs limiteraient, quant à eux,

la vulnérabilité individuelle, mais seraient inefficients en cas de risque élevé. Dans les phases aiguës, le modèle postule que le risque de suicide augmente avec le nombre de signes d'alerte (ou facteurs de risque aigu) présentés. Sur la base de ce modèle, Berman et Silverman proposent de recueillir ces facteurs de risque aigu, et de les mettre en perspective des facteurs de risque chroniques (qui déterminent la vulnérabilité individuelle), des facteurs contribuants et des facteurs protecteurs.

Dans la version actualisée de la formation dite « Terra et Séguin » de 2000 (cf. section 6.3.1), Séguin et Chawky (237) proposent, quant à elles, une évaluation intégrée fondée sur un couplage entre le modèle développemental du suicide proposé par Turecki et Brent (77) (cf. section 2.2) et le modèle général de la crise présenté en section 4.4. Cette évaluation consiste à :

- recueillir les facteurs de risque de suicide, en les priorisant et les catégorisant en fonction de leur rôle présumé dans le processus suicidaire (facteurs distaux contribuant à la vulnérabilité individuelle *versus* facteurs proximaux contribuant à la précipitation de conduite suicidaire) ;
- recueillir les symptômes évocateurs d'un trouble psychiatrique sous-jacent ;
- recueillir les arguments d'urgence et de dangerosité ;
- caractériser la crise suicidaire actuelle en termes de dynamique évolutive, notamment dans l'interaction entre l'individu et les expériences de vie adverse qu'il a rencontrées.

Cette évaluation globale est non seulement supposée permettre la formulation d'une probabilité de conduite suicidaire de court ou moyen terme, mais elle a également vocation à ouvrir des pistes d'action pour protéger le patient et désamorcer la crise en cours.

6.6. Outils d'évaluation

6.6.1. Chez l'adolescent

De nombreux outils d'évaluation relatifs aux idées et conduites suicidaires sont disponibles chez l'adolescent. Il est souvent difficile de cerner si ces outils relèvent du repérage ou de l'évaluation. De même, les distinctions entre l'évaluation des probabilités suicidaires de court, moyen ou long terme (ou entre les facteurs de risque et la caractérisation de la crise suicidaire) sont rarement explicitées, voire opérées. À ce jour, il n'existe aucun consensus quant à l'outil le plus efficace en population adolescente. De fait, aucune échelle ne permet de prédire le suicide ou la tentative de suicide de façon suffisamment performante pour être utilisée seule en pratique clinique. Tout au plus, certaines permettent-elles de recueillir des données pertinentes pour éclairer les cliniciens dans leur estimation du risque et/ou du potentiel suicidaire.

Parmi les outils les plus fréquemment employés, on compte :

- **l'échelle de probabilité du suicide** (*Suicide Probability Scale* – SPS) (239) : il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation mesurant les idées suicidaires actuelles, le désespoir, le sens de soi négatif et l'hostilité. L'échelle SPS a démontré sa fiabilité et sa validité chez les adultes et les adolescents, en population clinique et générale. Elle peut être utilisée chez les adolescents hospitalisés dans des unités psychiatriques, chez qui le score pondéré total permet de prédire les tentatives de suicide à 6 mois après la sortie de l'hôpital. Il faut toutefois noter que la structure factorielle de la SPS identifiée chez les adultes n'a pas été uniformément vérifiée chez les adolescents (240) ;
- **l'échelle d'idéation suicidaire de Beck** (*Scale for Suicide Ideation* – SSI) (241) : il s'agit d'un entretien semi-structuré évaluant la présence, la fréquence et la gravité des pensées suicidaires à l'aide de 21 items. L'échelle SSI dispose d'une cohérence interne modérément élevée, avec des coefficients de Cronbach allant de $\alpha = 0,84$ à $\alpha = 0,89$. En tant qu'outil largement utilisé, il

a fait l'objet de nombreuses études. Validée en population adolescente, l'échelle SSI est disponible en français (242) ;

- **l'échelle d'idéation suicidaire modifiée** (*Modified Scale for Suicidal Ideation* SSI-M) (243) : cette échelle a été conçue pour dépister les patients à risque qui se présentent aux urgences, y compris les adolescents à partir de 13 ans. Il s'agit d'une version de la SSI de Beck qui peut être facilement utilisée par des soignants non formés. La cohérence interne va de α = 0,87 à α = 0,94 et la corrélation avec l'intensité des idées suicidaires est de 0,74. Les données concernant la prédiction des conduites suicidaires sont limitées ;
- **l'échelle Columbia de la gravité du risque de suicide** (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS) (22) : il s'agit d'un entretien semi-structuré validé pour les adolescents à partir de 12 ans. L'échelle C-SSRS évalue la présence et la sévérité des idées suicidaires au moment de la passation et au cours de la vie. Elle permet également de décrire, de façon précise, les antécédents de tentative de suicide. Son score permet de prédire des conduites suicidaires à 18 mois de suivi (OR = 4,80, IC 95 % = 2,23-10,32, p < 0,001) (244).

Recommandations

R17. Il est rappelé que l'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève du champ de compétence et de responsabilité des professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale. Aussi, la formation systématique de ces professionnels à l'évaluation et à la prise en charge de la crise suicidaire est recommandée (AE). Cette formation devrait intervenir à la fois dans le cadre de la formation initiale, mais aussi dans celui de la formation professionnelle continue.

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

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

R19. Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents (titulaires de l'autorité parentale ou son tuteur, le cas échéant) soient contactés, le clinicien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation conformément à l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le c

linicien peut mettre en œuvre l'intervention nécessaire à sauvegarder sa santé ou sa sécurité. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

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

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

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

➔ **R21.** L'évaluation de l'urgence suicidaire, intégrant :

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

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

➔ **R22.** L'évaluation de la vulnérabilité suicidaire, inférée par intégration des facteurs de risque et de protection présentés par la personne. Il est préconisé de procéder de façon stratégique à leur collecte, en s'appuyant sur les prédicteurs dont les éléments de preuve sont les plus robustes et les tailles d'effet les plus importantes.

Facteurs de risque :

- les antécédents personnels de tentative de suicide ;
- les antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide ;
- l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance. Chez l'enfant, le clinicien sera particulièrement attentif à l'existence d'un trouble dépressif, d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou d'un trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) ;
- l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance chez les parents ;
- l'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;

- certaines caractéristiques psycho-affectives et comportementales : impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement ;
- le recours aux blessures auto-infligées ;
- l'existence d'un harcèlement ;
- les antécédents et contextes de maltraitance (négligences, violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, confrontation à la violence intrafamiliale) ;
- les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance ;
- la présence de difficultés d'ordre familial, notamment le défaut de cohésion familiale, la présence de conflits intrafamiliaux et les troubles relationnels parent-enfant.

Facteurs de protection :

- facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire ;
- soutien social ;
- spiritualité et croyances religieuses ;
- l'ensemble des facteurs de risque et de protection cités sont identifiés sur la base de relations statistiques et ne présument en rien des mécanismes impliqués. Les précautions d'interprétation qui en découlent sont particulièrement importantes s'agissant de la spiritualité et des croyances religieuses dont la nature et les caractéristiques peuvent varier considérablement ;
- stratégies de *coping* : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire.

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

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

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

7. Comment orienter ?

7.1. En cas de repérage d'une crise suicidaire

7.1.1. Dans quel cas orienter ?

Si les recommandations nationales et internationales traitent largement des modalités de repérage de la crise suicidaire, notamment chez l'enfant et l'adolescent, elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir statué sur les modalités et les indications d'orientation des jeunes repérés. En la matière, la littérature internationale bute, quant à elle, sur la grande hétérogénéité des organisations communautaires, associatives et sanitaires d'un pays, d'un État, voire d'une région à l'autre.

Rares, par exemple, sont les sociétés savantes à avoir fixé le seuil ou les critères à partir desquels un membre de la communauté doit proposer au jeune repéré de rencontrer un professionnel. Il faut possiblement y voir l'effet d'un paradoxe : la fixation de tels critères impliquerait un niveau minimal de capacités d'évaluation, alors même que l'orientation a justement vocation à déléguer cette tâche évaluative à un professionnel censé disposer de compétences spécifiques. Le plan de formation national proposé par le Groupement d'étude et de prévention du suicide (Geps) et piloté par la direction générale de la Santé (DGS) tente de résoudre ce paradoxe en donnant aux sentinelles la capacité de graduer leur inquiétude devant les signes d'alerte repérés, sans pour autant leur demander d'aller à la recherche de ces signes ou de procéder à une évaluation à proprement parler. Dans le même esprit, la conférence de consensus de l'Anaes et de la FFP de 2000 (186) incite les familles, et en particulier les parents d'adolescents, à accorder une valeur à leur ressenti et à leurs inquiétudes, et à ne pas hésiter à demander de l'aide à l'extérieur de la famille et auprès de professionnels.

La situation est possiblement différente lorsque l'orientation est réalisée par un professionnel de santé dont les compétences et les responsabilités sont d'un niveau supplémentaire, et dont la préoccupation est l'orientation vers un service spécialisé. À titre d'exemple, les recommandations anglo-saxonnes du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (245) préconisent aux médecins communautaires d'orienter vers un service de santé mentale les enfants et adolescents qui :

- ont un niveau de détresse en hausse ou durable ;
- ne réagissent pas aux tentatives d'aide ;
- demandent une aide supplémentaire auprès de services spécialisés ;
- ou dont le niveau de détresse des parents ou des personnes qui s'occupent de l'enfant ou de l'adolescent est en hausse, élevé ou soutenu malgré les tentatives d'aide.

7.1.2. Vers qui orienter ?

Au mieux de nos connaissances, il n'existe pas – hormis les situations d'urgence immédiate – de recommandation ou d'éléments de preuve spécifiquement dédiés au choix du professionnel ou de la structure vers laquelle orienter un enfant ou un adolescent suicidaire, que cette orientation soit faite par un pair, un proche, un professionnel non soignant ou un professionnel soignant.

À défaut, nous proposons ici une liste des dispositifs ou des professionnels censés, en France, être en mesure d'accueillir, d'évaluer et de proposer une prise en charge à des enfants ou des adolescents présentant des idées suicidaires.

- **Le Samu** peut être contacté par toute personne présentant des idées suicidaires ou par ses proches, en particulier en cas d'inquiétude quant à un passage à l'acte imminent. En fonction

de son évaluation, le médecin régulateur pourra déclencher les secours ou indiquer la structure vers laquelle s'orienter.

- **Les services d'accueil des urgences (SAU)** prennent en charge toutes les urgences, aussi bien physiques que psychiatriques. Un membre des équipes de psychiatrie peut y rencontrer rapidement la personne suicidaire pour procéder à une évaluation et à une orientation.
- **Les centres d'accueil et de crise (CAC)** ou **les centres d'accueil permanent (CAP)** accueillent, soignent, assurent des suivis rapprochés et, dans certains cas, hospitalisent pour une durée brève des personnes en état de crise. Les CAC et CAP sont des lieux de soins publics généralement intégrés dans des hôpitaux généraux.
- **La médecine de ville**. Le rôle du médecin généraliste et du pédiatre est central pour le repérage, l'évaluation et l'orientation des personnes suicidaires. Il s'agit d'interlocuteurs de première ligne à même de garantir la cohérence des parcours de soins, notamment en participant à la prise en charge et au suivi des patients suicidaires ou suicidants.
- **Les maisons des adolescents (MDA)** sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale ou encore éducative. Elles accueillent habituellement les jeunes de 11 à 25 ans. Les MDA ont pour missions l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique et socio-éducative.
- **Les centres médico-psychologiques (CMP)** sont des lieux de soins publics sectorisés proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique. Les personnes sont accompagnées par une équipe pluriprofessionnelle.
- **Le numéro national de prévention du suicide** (**31 14**). Il s'agit de la mesure n° 31 du Ségur de la santé. Les objectifs de ce numéro sont de permettre aux personnes suicidaires d'accéder 24 h/24 et 7 j/7 et gratuitement par téléphone ou par messagerie instantanée à un service professionnel d'écoute, d'information, d'évaluation, d'intervention et d'orientation.

7.2. Après une tentative de suicide

Selon les recommandations de l'Anaes de 1998, tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins (206). Le non-recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que s'il est possible d'éliminer toute gravité somatique immédiate ou différée, et si l'évaluation peut être débutée immédiatement par un réseau d'intervenants extrahospitaliers habitués à prendre en charge des adolescents.

Recommandations

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

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

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

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

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

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

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

8.1. Cadre professionnel

Selon les recommandations du NICE (245), les professionnels de la santé et des services sociaux amenés à prendre en charge les enfants et adolescents suicidaires et/ou suicidants devraient être formés à l'évaluation, à la gestion de crise et au suivi au long cours, mais aussi être sensibilisés sur la stigmatisation habituellement associée aux idées et conduites suicidaires. Ils devraient, par ailleurs, pouvoir bénéficier d'un accès régulier à des collègues seniors pour un avis, une supervision ou un soutien.

Les recommandations de l'Anaes de 1998 préconisent que soit désigné, pour tout patient suicidant, un professionnel « référent », c'est-à-dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins personnalisés et soit garant de la cohérence du parcours de soins (206). La conférence de consensus de l'Anaes et de la FFP de 2000 insiste, en outre, sur l'intervention du psychiatre à toutes les phases de la crise suicidaire pour évaluer la psychopathologie, diagnostiquer la crise et les troubles psychiatriques qui peuvent lui être associés et déterminer des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients (186).

8.2. Cadre relationnel

Au-delà d'évidents aspects déontologiques et éthiques, le cadre relationnel dans lequel s'inscrit la prise en charge aiguë de la crise suicidaire, notamment dans les services d'urgence, détermine la probabilité d'application des consignes et recommandations délivrées, et partant de là, de l'efficacité de la prise en charge.

Rotheram-Borus *et al.* (246) ont ainsi évalué la pertinence d'une brève intervention visant à améliorer la relation entre les familles d'adolescents suicidants et le personnel des services d'urgence les ayant accueillies. Par cette intervention, il s'agissait notamment de permettre aux jeunes et à leurs proches d'accéder à des attentes réalistes quant à la prise en charge proposée, mais aussi de les encourager à s'y engager, particulièrement en se rendant aux consultations de suivi. Au total, 65 familles d'adolescents ont reçu le programme testé contre 75 des soins standards. L'intervention comprenait : 1) des ateliers de formation destinés au personnel des services d'urgence. Ces ateliers visaient à déconstruire l'idée reçue selon laquelle la famille serait responsable des conduites suicidaires de leur adolescent. Ils encourageaient également les professionnels à mieux informer le patient sur la prise en charge proposée ; 2) une vidéo visant à modifier les attentes des familles au sujet de la prise en charge ; 3) une intervention brève d'un thérapeute familial. D'après les résultats obtenus, les sujets qui avaient bénéficié du programme spécialisé étaient plus susceptibles de se présenter à la consultation de suivi (95 % contre 83 %), et plus nombreux à s'engager dans un accompagnement de plus long terme (6 % contre 5 %) que le groupe témoin.

Sur la base de cette étude, l'*American Psychiatric Association* recommande au personnel des urgences et des autres services de crise d'établir une relation de confiance avec l'adolescent et sa famille et d'insister auprès d'eux sur l'importance d'une prise en charge (247). Elle reconnaît dans le même temps que les consignes de soin ont d'autant plus de chances d'être suivies qu'elles correspondent aux attentes de la famille, qu'elles sont économiquement abordables et que les parents sont suffisamment bien portants et disponibles pour apporter leur soutien.

Dans le même ordre d'idées, l'*European Psychiatric Association* rappelle qu'il est crucial de reconnaître le malaise et la souffrance du patient (248). Elle précise que lui et sa famille doivent être informés des facteurs de risque et de protection, de la disponibilité de thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques, ainsi que de la nécessité de respecter le traitement prescrit.

Selon les recommandations de l'Anaes de 1998, enfin, le patient doit pouvoir trouver des lieux de soins lui permettant d'aborder ses problèmes de façon concrète en tête à tête, avec des intervenants disponibles et formés dans ce domaine, dans le respect de la confidentialité (206).

Recommandations

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

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

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

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

8.3. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?

L'une des premières décisions que les professionnels soignants – notamment des services d'urgence – doivent prendre face à une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent porte sur la nécessité d'une hospitalisation dans le court terme ou sur la possibilité d'une prise en charge ambulatoire. Fondée sur l'évaluation puis la formulation de l'urgence et de la vulnérabilité suicidaire, cette décision nécessite la mise en balance des avantages et des risques de l'une ou l'autre des options. Cette mise en balance doit être actualisée et ajustée à chaque situation. Pour aider les professionnels dans ce choix clinique, la plupart des recommandations proposent des critères d'hospitalisation ou des conditions qu'il importe de vérifier avant d'envisager une sortie du service des urgences ou de crise.

Même si elle peut être discutée de façon pluriprofessionnelle, il faut rappeler que la décision d'hospitalisation ou d'absence d'hospitalisation relève *in fine* d'une responsabilité médicale. Selon les lieux de prise en charge, elle peut être posée par le psychiatre ou par le médecin urgentiste.

8.3.1. Intérêt de l'hospitalisation

L'hospitalisation, lorsqu'elle est possible, est réputée permettre une mise à l'abri d'un nouveau passage à l'acte imminent en raison d'une surveillance plus étroite, d'un renforcement des possibilités d'évaluation clinique et d'une facilitation de l'organisation de la prise en charge post-hospitalière. Pour

le patient et son entourage, elle est également supposée ratifier symboliquement la gravité du geste, voire acter une séparation avec le milieu de vie. Ce dernier argument repose sur le postulat selon lequel l'idée suicidaire ou la tentative de suicide représente, en elle-même, une demande implicite de rupture par l'adolescent. Ainsi, les recommandations de l'Anaes de 1998 attribuaient à l'hospitalisation les objectifs suivants (206) :

- mettre à distance l'adolescent de son environnement et le protéger d'un passage à l'acte ;
- mettre en scène la demande de rupture et mobiliser l'entourage ;
- soulager l'agitation, l'anxiété ou la tristesse de l'adolescent ;
- dispenser une triple évaluation : somatique, psychiatrique et sociale ;
- élaborer une prise en charge adaptée et organiser le suivi post-hospitalier.

De la même manière, les recommandations de l'*American Psychiatric Association* (247) et d'un grand nombre d'experts européens (249-251) indiquent que, dans certaines situations, l'hospitalisation doit être la règle, y compris, le cas échéant, sans le consentement du jeune (voir section 8.4.2).

Si l'on excepte quelques études anciennes de faible niveau de preuve, notons toutefois avec Bridge *et al.* que la supériorité d'une hospitalisation en psychiatrie ou à l'hôpital général par rapport à un suivi ambulatoire correctement conduit pour la prévention de la réitération suicidaire de l'adolescent suicidant n'a jamais été formellement prouvée (252). Le constat est le même pour l'*American Psychiatric Association* concernant les adolescents suicidaires (247). Qui plus est, il faut relever que près de 15 % de tous les décès par suicide surviennent dans un service de psychiatrie (253). Si ce chiffre est à interpréter avec prudence compte tenu d'un probable biais de sélection (les patients hospitalisés étant susceptibles d'être les plus graves), il témoigne au moins de ce qu'une réduction du risque à zéro est inatteignable, y compris en milieu hospitalier. Enfin, selon l'*European Psychiatric Association* (248), l'inconvénient majeur de l'hospitalisation, surtout lorsqu'elle est contrainte, est le risque d'altération de l'alliance thérapeutique, un prérequis pourtant indispensable à toute prise en charge.

8.3.2. Critères d'hospitalisation

Pour les adultes suicidants, l'*American Psychiatric Association* recommande une hospitalisation dans les situations suivantes :

- trouble psychiatrique sous-jacent ;
- geste violent, prémédité ou à forte létalité ;
- précautions pour ne pas être découvert ;
- absence de critique ou regret d'être en vie ;
- refus actif de soins ;
- antécédent de tentative de suicide ;
- absence de soutien familial.

Dans une perspective pragmatique, Stephan *et al.* (254) ont proposé de classer les critères d'hospitalisation en quatre groupes :

- présence de facteurs de risque (trouble psychiatrique, antécédent de tentative de suicide) ;
- absence de facteurs de protection (isolés, manque de soutien familial, opposition aux soins) ;
- niveau d'urgence et de danger élevé (intention suicidaire persistante, absence de critique, forte létalité) ;
- appartenance à un groupe à risque (adolescents, âge supérieur à 75 ans, veuvage, maladies somatiques invalidantes et douloureuses, changement d'environnement).

Selon les recommandations britanniques du NICE (245), tous les enfants et adolescents qui ont présenté une conduite suicidaire doivent normalement être admis pour la nuit dans un service pédiatrique et faire l'objet d'une évaluation complète le jour suivant avant de quitter l'hôpital. D'autres structures hospitalières peuvent être nécessaires en fonction de l'âge de l'enfant, de sa situation familiale, du moment où il se présente aux soins, de sa santé mentale et physique et d'éventuels risques quant à sa sécurité. Pour les jeunes de 14 ans et plus qui se sont automutilés, l'admission dans un service pour adolescents peut être envisagée si elle est disponible et préférée par le jeune.

Selon l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (209), relèvent d'une hospitalisation les situations suivantes :

- incapacité à former une alliance avec le clinicien, manque de sincérité du patient ou discussion compromise ;
- soutien environnemental insuffisant ;
- incapacité du patient à réguler ses émotions ou son comportement ;
- intoxication (drogues ou alcool) associée ;
- tentatives de suicide multiples ;
- trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques, cycle rapide avec irritabilité et comportement impulsif, psychose avec hallucinations ou conduites addictives associées.

En France, les recommandations de l'Anaes de 1998 proposaient de rendre quasi systématique l'hospitalisation des adolescents suicidants, en insistant particulièrement sur les situations (206) :

- de risque de réitération immédiate, en particulier si une forte intentionnalité suicidaire a été perçue dans la tentative de suicide ;
- de pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée ;
- d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, violences sexuelles) ;
- où l'adolescent souhaite être hospitalisé ;
- où il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

8.3.3. Conditions d'une prise en charge en ambulatoire

Avant de décider toute sortie des urgences ou d'un centre de crise, l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* préconise (209) :

- de vérifier que les armes et les médicaments létaux seront mis hors de portée ou retirés. La préconisation doit être claire et explicite dans la mesure où certaines études ont montré que la sécurisation des moyens suicidaires n'est que rarement mise en œuvre spontanément par les parents ;
- d'informer le patient et sa famille au sujet des effets désinhibiteurs des drogues et de l'alcool ;
- de vérifier qu'il y a au moins une personne soutenante à la maison et, plus généralement, de mesurer les ressources relationnelles dont le jeune bénéficiera une fois à l'extérieur ;
- de veiller à ce qu'un rendez-vous de suivi soit fixé dès avant la sortie des urgences. Si cela n'est pas possible, les parents ou les proches doivent se voir remettre le contact téléphonique d'un professionnel ou d'une structure auprès de laquelle solliciter ce rendez-vous. Une procédure doit être mise en place pour que le professionnel ou la structure en question aille au-devant du jeune et de sa famille en l'absence de nouvelles de sa part.

Par ailleurs, elle propose d'avoir avec le jeune et sa famille une discussion approfondie, dès les urgences, sur les situations qui pourraient occasionner de nouvelles idées ou conduites suicidaires et sur la façon d'y faire face. Ce travail d'anticipation peut éventuellement être formalisé en un plan de sécurité raccourci (cf. section 10). En revanche, les « contrats de non-suicide » ou « contrats de sécurité » ne sont pas recommandés. Ces contrats consistent à demander aux adolescents présentant des idées suicidaires de s'engager de façon orale ou écrite à ne pas passer à l'acte. Selon la revue de la littérature menée par Rudd *et al.* (255), ils souffrent d'un large éventail de problèmes conceptuels et pratiques et leur efficacité en condition écologique n'est pas étayée par des données empiriques.

8.3.4. Exemple d'une prise en charge intensive en ambulatoire

L'équipe de la clinique de l'adolescence du pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent au centre Henri Laborit à Poitiers a mis en place une structure de soins intensifs spécifique et novatrice prenant en charge les adolescents suicidaires et suicidants dans la Vienne (Asap : accueil et soins pour les adolescents en pédopsychiatrie). Cette structure d'accueil s'inscrit dans un parcours de soins coordonnés et fait immédiatement suite à la prise en charge par les services d'urgence de ces adolescents et voit son action se prolonger par différents dispositifs d'aval relevant de l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière (de jour ou temps plein). L'équipe de l'Asap répartit son activité au profit de deux groupes, le groupe Évaluation et le groupe Transition. Nous insisterons sur le groupe Évaluation qui est celui qui prend en charge d'emblée les adolescents au sortir des urgences. Ce groupe a lieu sur 5 jours consécutifs (week-end exclu) et il permet d'accueillir 4 adolescents. L'adolescent est admis à l'Asap dès le lendemain de son évaluation pédopsychiatrique aux urgences où une plaquette d'information détaillée lui est remise, ainsi qu'à ses parents, et après que le médecin d'astreinte a transmis son observation et sa demande d'admission à l'équipe de l'Asap. Durant cette séquence de soins de jour, il va s'agir d'apaiser, de contenir, d'observer, d'évaluer et d'orienter. L'adolescent va ainsi bénéficier de différentes évaluations, psychiatriques, psychologiques, sociales et va participer à différents ateliers à médiation (psychomoteur, photolangage, génogramme…).

8.4. Conditions d'hospitalisation

8.4.1. Où hospitaliser ?

Enfants

Les enfants sont majoritairement hospitalisés dans les services de pédiatrie (médecine ou chirurgie). Dans l'étude française de Delamare *et al.*, portant sur 97 enfants suicidants de 6 à 12 ans, 84 % avaient bénéficié d'une hospitalisation dans un service de pédiatrie (18). Cette hospitalisation avait eu lieu immédiatement après le passage à l'acte dans 76 % des cas.

À noter que certains établissements disposent d'une unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie.

Adolescents

Les lieux d'admission des adolescents suicidaires ou suicidants, en France, sont aujourd'hui davantage guidés par le paysage local de l'offre de soins que par des nécessités cliniques.

Au début des années 2000, Welniarz et Medjdoub recensaient (256) :

- 17 services pour enfants (âges moyens 4-12,4 ans) représentant 160 lits, dont 78 ouverts 365 jours par an et 82 lits séquentiels ;
- 44 services pour adolescents (âges moyens 12,3-17,8 ans) représentant 516 lits, dont 342 ouverts 365 jours par an et 174 lits séquentiels ;

- 34 services hospitalisant les enfants et les adolescents (âges moyens 5-18 ans) représentant 452 lits dont 312 ouverts 365 jours par an et 140 séquentiels.

Les auteurs notaient par ailleurs que la réponse à l'urgence était organisée à cette date dans 41 % des services pour enfants, 68 % des services pour adolescents et 79 % des services pour enfants et adolescents.

Dans leur rapport de 2016, le Pr Marie-Rose Moro et M. Jean-Louis Brison (257) rappelaient que la France a connu depuis 2001, et plus encore depuis 2012, une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ils relevaient néanmoins de fortes disparités territoriales, avec 10 départements totalement dépourvus de lits spécialisés.

Comme le note Ayoun (258), le ministère de la Santé justifiait, dès 1988, le développement de services hospitaliers de médecine de l'adolescent par des contraintes cliniques fortes :

- la motivation du personnel, nécessaire à contenir et à tolérer certaines réactions paradoxales des jeunes en souffrance, à gérer les conflits, à accueillir les sollicitations fréquentes et à éviter les affrontements inutiles ;
- l'adaptation des sites, du matériel et des règles de vie pour respecter l'intimité et la confidentialité des jeunes, leurs rythmes de maturation et leur santé ;
- la discussion des hospitalisations dans un travail relationnel constant avec les parents.

Or, faute de disponibilité de ce type de structure, les jeunes suicidaires ou suicidants sont le plus souvent admis dans un service de pédiatrie, de psychiatrie de l'enfant ou de psychiatrie de l'adulte. Les écueils de cette dernière option sont régulièrement soulevés. Une enquête de type audit croisé menée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSMPsy) est à ce titre illustrative (259). Alors que 94 % des services de psychiatrie d'adulte interrogés dans la région disaient accueillir des adolescents (le plus souvent dès l'âge de 15 ans), seuls 45 % disaient disposer des compétences nécessaires, 50 % proposaient une prise en charge spécifique (le plus souvent, une surveillance particulière, voire un isolement systématique) et 50 % aménageaient les modalités de visite. À l'issue de cette enquête, la F2RSMPsy a fait des préconisations en vue d'améliorer l'accueil des mineurs dans les unités de psychiatrie d'adulte, parmi lesquelles :

- répondre à la demande de formation des professionnels et impulser cette dynamique au niveau des établissements et des pôles ;
- favoriser et développer les collaborations et initiatives entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte ;
- organiser et développer, bien en amont, le relais des prises en charge d'adolescents par les services de psychiatrie infanto-juvénile vers l'adulte et vers la ville ;
- informer et sensibiliser les professionnels sur le cadre législatif de la prise en charge des adolescents mineurs ;
- disposer d'un guide sur les modalités d'accueil d'un adolescent mineur ;
- élaborer et mettre à disposition un livret d'accueil adapté aux adolescents mineurs, ainsi qu'à leurs parents/famille/entourage ;
- associer les parents, si possible, et les adultes responsables à la prise en charge et au suivi des adolescents ;
- adapter les soins et la prise en charge de l'adolescent à son niveau de maturité et de compréhension.

8.4.2. Quelles modalités d'hospitalisation mettre en œuvre ?

Il existe quatre modalités d'admission pour les mineurs.

- *L'admission à la demande de l'adolescent.*
- *L'admission sur demande des titulaires de l'autorité parentale*. C'est la modalité de droit commun. L'hospitalisation est dite libre, mais elle s'impose en réalité au mineur par la volonté des parents. L'admission est prononcée sur demande des deux titulaires de l'autorité parentale (à défaut, du tuteur). En cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue (article L. 3211-10 CSP).
- *L'admission en application d'une ordonnance de placement provisoire d'un juge*. Si la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur est en danger, le juge des enfants (ou le procureur de la République en cas d'urgence) peut être saisi afin de se substituer à l'autorité parentale et décider de confier l'enfant à un établissement spécialisé en psychiatrie (art. 375-3 5° C. civ.). Il prend alors une ordonnance de placement provisoire (OPP), après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable (art. 375-9 C. civ.).
- *L'admission en soins sur décision du représentant de l'État* (SDRE). Prévue par l'article L. 3211-10 du Code de la santé publique (CSP). Pour que ce mode d'hospitalisation soit mis en place, il est nécessaire que les troubles mentaux présentés par le mineur nécessitent des soins et qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le ou les titulaires n'exercent aucune autorité dans ce cadre, le dispositif SDRE de droit commun s'applique sans aménagement spécifique (art. L. 3213-1 et suivants du CSP).

Le consentement du mineur est-il nécessaire ?

L'avis du mineur doit être recueilli, dès lors que ce dernier est en mesure de l'exprimer. L'article L. 1111-4 du CSP prévoit que le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement (260).

Un mineur peut-il refuser des soins auxquels ses représentants légaux ont consenti ?

La loi n'autorise qu'une « participation » du mineur à la décision, le consentement devant être donné par les parents. Elle n'a, par ailleurs, pas envisagé explicitement le cas du refus de soins par un patient mineur dans d'autres domaines que celui de la recherche biomédicale (article L. 1122-2 alinéa 2 du CSP). Les textes ne prévoient pas l'accord du patient mineur, mais seulement la recherche de cet accord, sans pour autant qu'il soit en lui-même une condition à la réalisation de l'acte de soin. Il semble donc que le praticien puisse passer outre le refus du mineur s'il a, d'une part, préalablement obtenu l'accord des titulaires de l'autorité parentale sur les soins envisagés et, d'autre part, s'il a tout mis en œuvre pour obtenir l'accord du mineur.

Le consentement des deux parents est-il indispensable ?

Lorsqu'il s'agit d'un acte médical courant (vaccinations, soins dentaires, plaies superficielles...), chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre. Lorsqu'une hospitalisation est envisagée, l'accord des deux parents est nécessaire. Ce principe prévaut même en cas de séparation des parents du mineur. En cas de désaccord persistant, il faut saisir le juge aux affaires familiales qui tranchera en fonction de l'intérêt de l'enfant.

Que faire en cas de refus de soins par les titulaires de l'autorité parentale ?

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent refuser une hospitalisation ou des soins. Ce refus doit être accepté par l'équipe soignante sauf si la santé du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal.

Dérogations à l'autorisation parentale :

- dans le cas où le refus d'un traitement par le titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivrera les soins indispensables (art. L. 1111-4 CSP) ;
- soins délivrés dans le cadre du secret demandé par le mineur : article L. 1111-5 et L. 1111-5-1 CSP, art. L. 6211-3-1 CSP, art. 162-1-18-1 CSS.

Il s'agit du cas de l'opposition expresse du mineur à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour mener un acte de prévention, de dépistage, de diagnostic ou de traitement afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin ou la sage-femme (ou l'infirmier en matière de santé sexuelle et reproductive) peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale si :

- l'acte s'impose pour sauvegarder la santé du mineur ;
- le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- le professionnel s'efforce, dans un premier temps, d'obtenir l'accord du mineur pour consulter les parents, sans succès ;
- le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Recommandations

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

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

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

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

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

- pour les enfants, l'hospitalisation en pédiatrie avec une intervention de la pédopsychiatrie de liaison ou l'hospitalisation en pédopsychiatrie doivent être privilégiées ;

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

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

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

9. Prise en charge hospitalière

9.1. Principes de prise en charge

Selon l'*European Psychiatric Association* (248), les patients suicidaires et suicidants doivent être immédiatement évalués et soignés pour les symptômes psychiatriques aigus, tels que l'anxiété, l'agitation ou l'insomnie. La sécurité du patient doit être la première préoccupation. Le patient doit être encouragé à impliquer les membres de sa famille et, si nécessaire, les services sociaux. De plus, les auteurs rappellent que la prévention clinique des conduites suicidaires passe par le traitement des troubles psychiatriques sous-jacents.

Selon les recommandations de l'Anaes de 1998, la prise en charge de l'adolescent suicidant doit reposer sur une équipe pluridisciplinaire, disponible et souple, avec un professionnel « référent » identifié par le patient et sa famille (206).

En référence aux données probantes publiées, les recommandations issues de la conférence de consensus de l'Anaes et de la FFP de 2000 (186) mettent l'accent sur l'importance de l'intervention initiale pendant la courte hospitalisation de l'adolescent après une tentative de suicide, conformément aux recommandations antérieures de 1998. La pertinence de renouer les liens de dialogue entre l'adolescent et son entourage, notamment les parents, et de développer son réseau de soutien social est soulignée. Le diagnostic et le traitement de la dépression, incluant le traitement médicamenteux, sont des composantes incontournables de l'intervention initiale, de même que la sensibilisation des parents sur le retrait des moyens létaux au domicile (83). Enfin, toujours selon l'Anaes, des soins somatiques et psychiques doivent être débutés dès le début du séjour hospitalier et ne pas consister en une simple mise à l'écart des difficultés extérieures du suicidant (206).

9.2. Surveillance et protection en milieu hospitalier

Selon l'*European Psychiatric Association* (248) et l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (209), tout adolescent concerné par une crise suicidaire aiguë doit être surveillé en permanence et ne pas être laissé seul (notons toutefois que la notion de « crise suicidaire aiguë » n'est pas précisée).

Selon Lieberman *et al.*, les mesures de sécurité peuvent être divisées en précautions environnementales et en précautions spécifiques au patient (261) :

- les précautions environnementales visent principalement à restreindre l'accès aux moyens de suicide dans le service : les fenêtres doivent être verrouillées ou avoir une ouverture étroite ; l'accès aux objets dangereux tels que les substances toxiques, les objets tranchants, les briquets ou les rideaux doit être limité ou surveillé. Afin de réduire le risque de pendaison, une attention particulière doit être accordée aux tuyaux et cordes exposés, notamment dans les salles de bains. Des aménagements simples sont suggérés, tels que l'installation de pommes de douche lisses et de verrous permettant au personnel d'ouvrir les portes de l'extérieur ;
- les interventions spécifiques aux patients comprennent l'inventaire des chambres ou l'observation continue. Les patients à haut risque nécessitant une observation individuelle étroite doivent être placés dans un endroit où ils peuvent être vus à tout moment par le personnel.

9.3. Sortie d'hospitalisation

9.3.1. Critères

Selon l'*European Psychiatric Association* (248), la détermination du moment où un patient est prêt à quitter l'hôpital comprend généralement :

- une évaluation de l'intensité des idées et des intentions suicidaires ;
- une évaluation des troubles associés ;
- une évaluation de l'environnement.

D'après l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, les stratégies de coercition implicites, par exemple consistant à expliquer au patient qu'il ne sortira pas de l'hôpital tant qu'il ne pourra pas déclarer qu'il n'est pas suicidaire, doivent être évitées (209).

Selon King *et al.*, une attention particulière doit être portée aux schémas familiaux dysfonctionnels ou à la santé psychique des parents qui semblent fortement contribuer à l'adhésion aux soins ambulatoires (142).

9.3.2. Conditions

Selon l'*European Psychiatric Association* (248), le patient doit sortir avec un rendez-vous de suivi programmé, une lettre de liaison pour le médecin généraliste et un numéro à appeler en cas d'urgence.

L'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ajoute que la sortie peut être envisagée si le clinicien s'est assuré qu'un soutien adéquat sera disponible au cours des prochains jours et si un adulte responsable a accepté de vérifier l'environnement du jeune en sécurisant ou en éliminant les armes à feu et les médicaments potentiellement mortels (209).

9.3.3. Durée d'hospitalisation

Selon l'étude française de Delamare *et al.* (18), en 2004-2005, la durée d'hospitalisation des enfants de moins de 13 ans après une tentative de suicide était de 8 jours (IC 2-21). Dans une étude bretonne concernant les 15-24 ans, la durée moyenne d'hospitalisation après une tentative de suicide par intoxication était de 1,6 jour et de 4,2 jours pour les lésions auto-infligées (262).

Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis d'identifier une durée d'hospitalisation recommandée ou évaluée.

Recommandations

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

- de sécuriser l'enfant ou l'adolescent en prévenant le passage à l'acte ;
- d'apaiser la symptomatologie et les idées suicidaires ;
- de compléter l'évaluation psychiatrique et, le cas échéant, de prendre en charge les pathologies sous-jacentes ;
- de compléter l'évaluation somatique et, le cas échéant, de prendre en charge les conséquences physiques de la tentative de suicide ;
- de compléter l'évaluation sociale et, le cas échéant, de mettre en place les mesures d'accompagnement et de protection nécessaires ;

- de prendre contact avec les partenaires ;
- de renouer les liens et de restaurer la communication entre l'adolescent et son entourage, notamment les parents, ainsi que de développer le réseau de soutien social ;
- de débuter un travail psychothérapeutique individuel et familial ;
- d'initier un traitement psychotrope si nécessaire ;
- de préparer la sortie d'hospitalisation.

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

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

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

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

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

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

10. Plan de sécurité

Le plan de sécurité a initialement été conçu comme une technique de thérapie-cognitivo-comportementale (TCC) de 3e vague appliquée à la prévention du suicide (263). Sous l'impulsion de Barbara Stanley de l'Université de Columbia, New York, États-Unis, il s'est progressivement imposé comme une intervention autonome, avant d'être adapté au public adolescent (264).

10.1. Objectifs

Entièrement distinct des contrats de sécurité (cf. section 8.3.3), le plan de sécurité consiste en un travail d'anticipation d'éventuelles futures crises suicidaires. Il prend la forme d'un document permettant au jeune de le soutenir et de le guider lorsqu'il aura à y faire face afin de l'aider à éviter un passage à l'acte.

De façon plus précise, les objectifs du plan de sécurité sont :

- offrir une intervention immédiate lorsque l'adhésion au suivi ambulatoire n'est pas garantie ;
- réduire le risque de réitération suicidaire ;
- augmenter les capacités d'autocontrôle et l'autonomie du sujet afin de mettre en place les stratégies d'adaptation (*coping*) appropriées et efficaces pour réduire la fréquence et l'intensité des comportements auto-agressifs en réponse aux situations stressantes.

Le plan de sécurité combine au moins trois stratégies préventives (265) :

- la planification cognitive : résolution de problèmes, identification des signaux d'alerte et d'aggravation d'une crise suicidaire imminente et stratégies d'autogestion ;
- l'encouragement à contacter les pairs et les professionnels : soutien social et soutien professionnel en cas de crise ;
- l'encouragement à limiter l'accès aux moyens létaux.

10.2. Construction du plan de sécurité

Le plan de sécurité est élaboré pendant le séjour hospitalier avec l'adolescent et sa famille. Il vise à organiser la conduite à tenir en cas de nouvelle crise suicidaire. Il se concrétise par un document papier ou numérique signé par le jeune et ses parents, mais aussi par les partenaires identifiés comme ressources. Ce document est remis à l'adolescent ; il peut également être inséré dans son dossier médical afin d'être facilement accessible aux équipes susceptibles d'intervenir auprès de lui, notamment en urgence.

L'approche collaborative est un prérequis indispensable à la construction du plan de sécurité. Elle est d'autant plus nécessaire avec les jeunes dont l'engagement est précaire ou qui sont ambivalents face à la prise en charge proposée. Pour favoriser la collaboration, l'investissement du jeune dans l'élaboration de chaque section du plan de sécurité est d'importance. Pour Pettit *et al.* (207), il est ainsi conseillé d'encourager les adolescents à rédiger le plan de sécurité en utilisant leurs propres mots tout en discutant de chaque étape.

Sur la base d'une étude pilote menée auprès de 110 adolescents suicidants, Stanley *et al.* ont conclu à la faisabilité d'un programme de prévention de la réitération en 12 sessions, dont 3 étaient dédiées à la mise en place du plan de sécurité (264).

10.3. Composantes du plan de sécurité

1. Signaux d'alarme associés à une aggravation de la crise suicidaire

Les signaux du déclenchement et de la progression de la crise suicidaire (évènements, actions, sensations corporelles, émotions, cognitions) sont identifiés lors d'un retour rétrospectif sur les étapes de la crise anxieuse ayant conduit à la tentative de suicide. Avec l'aide du thérapeute, grâce à une analyse fonctionnelle ou une analyse en chaîne (*chain analysis*), le sujet suicidant est appelé à décrire, sous forme d'un récit ou d'un scénario de film, les différentes étapes de la crise, leur enchaînement et leurs liens.

2. Stratégies internes d'adaptation (coping)

Un temps de l'entretien est consacré au repérage des stratégies de *coping* que le sujet utilise spontanément pour réduire la tension anxieuse et les idéations suicidaires, ainsi qu'à l'identification d'autres stratégies à portée d'action du sujet pour réduire le risque suicidaire.

3. Stratégies d'adaptation mises en place avec l'aide d'un tiers

Il s'agit d'activités que l'adolescent peut réaliser simplement en se joignant à celles de personnes de son entourage. Il n'est pas demandé à l'adolescent d'évoquer les pensées ou la situation de crise suicidaire à ses proches jusqu'à cette étape.

4. Réseaux sociaux susceptibles d'apporter de l'aide

L'adolescent choisit, parmi les personnes composant son réseau social de proximité, celles qu'il pourrait vraisemblablement solliciter pour lui apporter un soutien actif, si la mise en œuvre des stratégies de *coping* précédemment décrites n'a pas permis de réduction significative de l'intensité des idées suicidaires. Il est important de s'assurer du consentement de ces personnes et de leur disponibilité. Lorsque le sujet contacte les personnes de son entourage à cette étape, il peut partager ses pensées et sentiments négatifs relatifs au suicide.

5. Ressources professionnelles pouvant être sollicitées

Cette étape consiste à identifier les intervenants impliqués dans la prise en charge médicale et psychosociale du jeune, à préciser leurs horaires d'accessibilité, mais aussi à mettre en évidence les lignes d'écoute et structures d'urgence susceptibles d'être contactées 24 h/24, 7 j/7.

6. Sécurisation de l'environnement en empêchant l'accès aux moyens de suicide

Il s'agit d'une étape incontournable de toute stratégie individuelle de prévention du suicide. Elle s'appuie sur la documentation, à l'étape d'évaluation, des moyens létaux auxquels le sujet suicidant a accès (armes à feu, médicaments, pharmacie domestique, etc.).

10.4. Spécificités pour les enfants

Pour les enfants, il est recommandé de mener l'ensemble des étapes du plan de sécurité avec les parents ou l'adulte ressource, car les enfants peuvent avoir besoin de plus de soutien ou d'aide pour élaborer et utiliser le plan (264).

10.5. Déclinaisons

Deux études ont montré des résultats encourageants concernant les versions courtes du plan de sécurité combinées à des appels téléphoniques (266, 267). Ces déclinaisons avaient vocation à s'adapter aux contraintes de temps des services d'urgence et au fait que tous les sujets suicidaires ou suicidants n'étaient pas hospitalisés. Dans le même esprit de souplesse, mais aussi de permanence

et de continuité des soins, des modalités de mise en pratique et de monitoring conjoint patient-thérapeute du plan de sécurité ont été développées en télépsychiatrie (268). Une application nommée MYPLAN, fruit d'une collaboration dano-australienne, est par exemple disponible en anglais, danois et norvégien pour Android et iPhone (269).

10.6. Efficacité

Un essai clinique de petite envergure (n = 30) a comparé l'effet de la construction d'un plan de sécurité chez des adolescents ayant fait une tentative de suicide au cours des trois derniers mois à un groupe contrôle (liste d'attente) (270). En phase de post-traitement, les jeunes du groupe testé ont fait état d'une réduction significative de leurs idées suicidaires (*Scale for Suicidal Ideation*) par rapport au groupe témoin (groupe intervention 4,6 (SD 4,12), groupe contrôle 20,33 (SD 6,13) < 0,001) (niveau 2).

L'étude TASA (*Treatment of Adolescent Suicide Attempters*) a, quant à elle, proposé à 124 adolescents ayant fait une tentative de suicide récente de choisir entre trois types d'interventions : 1) de la TCC incluant un plan de sécurité ; 2) une pharmacothérapie seule ; et 3) une combinaison de TCC avec plan de sécurité et pharmacothérapie (271). Dans ce dernier bras, que les trois quarts des participants avaient choisi, les auteurs ont observé une diminution significative des scores d'idéation suicidaire et de symptômes dépressifs tels que mesurés à la *Child Depression Rating Scale*. Cette diminution était similaire à celle observée dans le bras TCC et plan de sécurité seuls, mais supérieure à celle observée dans le bras pharmacothérapie seule (niveau 2).

Le plan de sécurité a été adapté en 2016 aux adolescents francophones par l'équipe de la clinique des troubles de l'humeur de l'hôpital Rivière des Prairies de Montréal, Canada (272). Une version numérique connectée a été développée par la même équipe (273). Plus récemment, en France, l'équipe amiénoise du professeur Guilé a mis en pratique le plan de sécurité chez des adolescents suicidants, dans le cadre de prises en charge post-urgences et de traitements spécialisés pour les troubles de personnalité limite (274). Actuellement, un PHRC-N multicentrique (SécuriPlan-CHU Amiens) est en cours de recrutement pour évaluer l'efficacité du plan de sécurité dans la prévention de la réitération suicidaire chez l'adolescent.

Dans une étude de comparaison de cohortes à grande échelle, Stanley *et al.* (275) ont évalué l'efficacité du plan de sécurité mis en place lors d'un passage aux urgences avec un suivi téléphonique sur une période de 6 mois. Les patients suicidants (âge moyen 45 ans) ont été répartis au hasard entre le groupe avec plan de sécurité (n = 1 186) et le groupe témoin recevant la prise en charge usuelle (n = 454). À la fin de l'étude, les patients du groupe traité étaient moins susceptibles d'avoir adopté une conduite suicidaire (3 %) que ceux ayant reçu les soins habituels (5 %). Dans le groupe traité, les auteurs ont observé une réduction des conduites suicidaires de près de 45 %, ce qui correspond à une réduction de près de 50 % du risque de réitération suicidaire sur les 6 mois après la tentative de suicide indexe (OR = 0,56 ; IC 95 % 0,33-0,95, p = 0,03). Concernant l'adhésion aux soins, les patients ayant bénéficié du plan de sécurité avaient plus tendance à se rendre à au moins une consultation de suivi que les patients du groupe contrôle (OR = 2,06 ; IC 95 % 1,57-2,71 ; p < 0,001) (niveau 2).

Du fait de ces éléments de preuve, le plan de sécurité est identifié comme une intervention efficace par l'*American Foundation for Suicide Prevention – Best Practices Registry for Suicide Prevention*.

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 :

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

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

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

11. Accompagnement de moyen et long terme

11.1. Objectifs

D'après les recommandations anglo-saxonnes du NICE, le suivi a pour objectifs (245) :

- de réduire les dommages résultant des conduites suicidaires et de prévenir les conduites suicidaires ;
- de réduire ou d'arrêter d'autres comportements à risque ;
- d'améliorer le fonctionnement social ou professionnel ;
- d'améliorer la qualité de vie ;
- d'améliorer les conditions de santé mentale.

11.2. Remarques générales sur l'adhésion au suivi

La principale difficulté que pose l'accompagnement sur le long cours des adolescents concernés par une conduite suicidaire consiste en la fréquence des pertes de vue dans cette population (142, 276). Dans une étude de Trautman *et al.* (277), près de 80 % des adolescents suicidants avaient abandonné le suivi initié avant sa fin. Dans l'étude de cohorte plus ancienne de Granboulan *et al.* (278), 25 % des adolescents suicidants inclus ne s'étaient présentés à aucun des rendez-vous de suivi proposés, 11 % à un seul rendez-vous, 31 % à certains d'entre eux et seulement 32 % à l'ensemble des rendez-vous. De la même manière, dans une étude prospective publiée par Ligier *et al.* (279), près d'un tiers d'un échantillon de 249 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide n'avait pas débuté le suivi proposé, et seuls 22 % poursuivaient ce suivi après 6 mois.

Au-delà des facteurs propres aux jeunes, l'accès aux dispositifs post-hospitaliers est parfois problématique, compromettant de manière structurelle leur adhésion au suivi ambulatoire. Une étude française, menée sur une cohorte de 394 adolescents admis en hospitalisation brève après tentative de suicide, montrait que dans plus de 25 % des cas, la prise en charge était retardée de 3 mois ou n'était pas mise en place après l'hospitalisation (280).

Trautman *et al.* (277) ont mis en évidence qu'une hospitalisation supérieure à 3 jours, le fait d'avoir eu plus de 3 entretiens avec le psychiatre au cours de celle-ci, et le fait qu'un rendez-vous post-hospitalier ait été fixé directement par l'équipe de soins sont autant de facteurs prédictifs d'une bonne adhésion au suivi ambulatoire. Inversement, plusieurs facteurs prédictifs d'un défaut de compliance à un tel suivi ont été mis en évidence. Y figurent, notamment, les diagnostics de trouble lié à l'usage de substances, de troubles des conduites et de troubles dépressifs (281, 282), le faible niveau socio-économique ou encore des facteurs familiaux comme le défaut d'engagement et de confiance des parents dans le suivi proposé (283). De même, des travaux de King *et al.* (142) suggèrent que la non-adhésion des adolescents aux séances de thérapie individuelle et familiale serait corrélée à des symptômes dépressifs ou paranoïdes chez la mère, tandis que la non-compliance au traitement médicamenteux serait associée à une tendance à l'hostilité chez celle-ci.

Certaines approches psychothérapeutiques permettent d'améliorer l'adhésion aux soins. L'ECR conduit par l'équipe d'Asarnow (284) a montré que la réalisation aux urgences d'une séance de TCC axée sur la famille, comparée aux soins habituels, permettait d'obtenir une meilleure observance aux soins ambulatoires (92 % *vs* 76 %, $p = 0{,}004$), aux séances de psychothérapie (76 % *vs* 49 %, $p = 0{,}001$) et aux soins combinant pharmacothérapie et psychothérapie (58 % *vs* 37 %, $p = 0{,}003$). Dans la même

veine, l'équipe de Rotheram-Borus (285) a évalué la pertinence, dans les suites d'une tentative de suicide, d'une intervention spécialisée aux urgences comportant un entretien motivationnel. Testée auprès de 140 adolescents suicidants d'origine hispanique, cette intervention a eu un impact positif et durable sur les conduites suicidaires des jeunes et sur l'adhésion aux soins.

Aussi, selon l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, l'adhésion au traitement proposé peut être améliorée (209) :

- en proposant des rendez-vous de suivi précis et rapprochés ;
- en faisant preuve de souplesse dans l'organisation des rendez-vous en cas de crise et en rappelant à la famille et au patient le prochain rendez-vous ;
- en contactant le patient et ses parents lorsqu'un RDV est manqué.

11.3. Les interventions psychosociales

Depuis les années 1990, de nombreuses revues systématiques de la littérature se sont attelées à synthétiser les études évaluant l'efficacité des interventions psychosociales sur la prévention des conduites suicidaires chez les adolescents (191, 209, 286-293).

La revue de Calear *et al.* (292) présente l'intérêt de reprendre l'ensemble des ECR publiés et cités dans les revues antérieures. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) évaluation d'un programme d'intervention psychosociale pour le traitement ou la prévention des conduites suicidaires ; 2) idées suicidaires, tentatives de suicide, suicide et automutilations comme critères de jugement ; 3) participants âgés de 12 à 25 ans ; 4) ECR avec comparaison à une condition contrôle (aucune intervention, liste d'attente, traitement habituel), à une autre intervention psychosociale ou à une intervention pharmacologique. Lorsque les données étaient disponibles et extractibles, les auteurs ont procédé à leur méta-analyse avec estimation de la taille de l'effet standardisé entre les groupes (294). La qualité de chaque étude a été évaluée à l'aide de quatre critères issus de l'outil d'évaluation du « risque de biais » développé par le groupe *Cochrane*. Finalement, 28 études ont été sélectionnées dont 10 en milieu scolaire, 7 dans un cadre communautaire et 15 dans un cadre médical (hospitalier et ambulatoire). Un total de 10 654 participants a été inclus avec un âge médian de 15 ans. Les interventions testées étaient principalement : le soutien social (37 %), la TCC (25 %), la thérapie de résolution des problèmes (22 %), les entretiens motivationnels (22 %), la psycho-éducation (13 %) et la thérapie comportementale dialectique (9 %). Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des programmes identifiés avait un effet significatif sur les idées suicidaires (d = 0,16-3,01), les tentatives de suicide (phi = 0,04-0,38) ou l'automutilation (phi = 0,29- 0,33 ; d = 0,42).

La grande majorité des programmes efficaces, identifiés dans la revue de Calear *et al.* (292), avait été mise en œuvre auprès d'une population sélectionnée (par opposition aux programmes universels), ce qui suggère qu'il serait plus efficace d'intervenir auprès des personnes présentant des symptômes qu'auprès de la population générale. Toutefois, si l'on considère le nombre de programmes efficaces à la lumière du nombre total d'interventions de chaque type évalué, la conclusion est tout autre. Dans la revue de Calear *et al.* (292), la totalité des programmes universels étaient jugés efficaces, alors que seulement 50 % des interventions sélectives et indiquées l'étaient. Cela suggère que les interventions universelles et ciblées peuvent toutes deux être efficaces, selon le programme mis en œuvre, et que les deux approches devraient être prises en compte dans la prévention du suicide dans cette population.

La méta-analyse de Calear *et al.* (292) ajoute, en nuance, en montrant que les programmes qui s'adressent aux adolescents seuls ne sont efficaces que sur les idées suicidaires, que les programmes qui ciblent les parents seuls le sont sur la prévention des tentatives de suicide, et que les programmes

qui incluent à la fois les adolescents et leurs parents ont des effets sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Il est intéressant de noter qu'une seule étude a montré des effets positifs sur plus d'une variable de résultat (idées + tentative de suicide). Une explication possible est que la majorité des études n'ont pris en compte qu'un type de mesure. Les études qui ont trouvé des effets significatifs sur les idées suicidaires l'ont souvent fait immédiatement après l'intervention ou au cours d'un suivi à court terme, alors que les études de suivi au long cours ont généralement considéré l'évènement « tentatives de suicide » comme résultat principal.

La méta-analyse réalisée par Ougrin *et al.* (291) sur 19 ECR (n = 2 176) a montré que les adolescents inclus dans les groupes d'intervention sont moins nombreux parmi ceux qui se sont automutilés (TS et automutilations non suicidaires) (28 %) que dans les groupes témoins (33 %) (test de l'effet global z = 2,31 ; *p* = 0,02). Les interventions ayant les plus grandes tailles d'effet étaient la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie basée sur la mentalisation (TCB). Cependant, la différence de risque cumulé entre les groupes traités et les groupes témoins pour les tentatives de suicide et les automutilations non suicidaires considérées séparément n'était pas statistiquement significative.

Plus récemment, la méta-analyse de Robinson *et al.* (2018) a exclu les études portant sur les automutilations non suicidaires (191). À partir de 32 ECR (25 interventions psychologiques et 7 interventions de contact – *Brief Contact Intervention*), les auteurs ont montré qu'il n'y avait aucune preuve d'un effet de l'intervention sur les tentatives de suicide après l'intervention (k = 12, RR = 0,889, IC 95 % 0,71 à 1,11, I2 = 37,1 %). En revanche, au cours du suivi, les auteurs ont montré une diminution des comportements répétés dans le groupe traité (k = 16, RR = 0,83, IC 95 % 0,70 à 0,99, I^2 = 40,9 %). Concernant les idées suicidaires, il y avait de fortes indications d'un faible effet de l'intervention (k = 15, SMD = - 0,28, IC 95 % - 0,48 à - 0,08, I^2 = 76,3 %) ; en revanche, l'effet était plus faible au moment du suivi (k = 11, SMD = - 0,18, IC 95 % - 0,34 à - 0,02, I^2 = 41,1 %).

11.4. Les limites des ECR en prévention du suicide

Il est important de préciser que, dans le cadre des ECR, les groupes témoins (groupes recevant le traitement habituel) bénéficient, pour des questions d'éthique évidentes, des soins qui sont souvent de haute qualité, même s'ils ne sont pas standardisés. Il est alors plus difficile de montrer une différence entre les groupes. Par ailleurs, la distinction n'est pas toujours faite entre les thérapies qui sont centrées sur les conduites suicidaires et celles qui sont centrées sur les troubles associés comme la dépression, le désespoir ou le trouble de la personnalité limite. Pourtant, l'étude de Meerwijk *et al.* (295) a montré que les interventions qui ciblent spécifiquement les conduites suicidaires, plutôt que les symptômes associés à ces conduites, étaient plus efficaces.

11.5. Psychothérapies

11.5.1. Thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique ou *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) a pour but d'aider les patients à mieux réguler leurs émotions, à acquérir un sentiment d'efficacité interpersonnelle, à mieux tolérer les pensées ou les sentiments pénibles, et à mieux gérer leurs propres pensées et comportements. Cette technique a été adaptée pour les adolescents ayant des troubles de la personnalité de type état limite ou *Dialectical Behaviour Therapy-Adolescents* (DBT-A) par Miller *et al.* (296) (2007), à partir des travaux de Linehan *et al.* (297) (2007). La DBT-A comprend généralement une combinaison de sessions individuelles et familiales. Le but de la DBT-A étant d'aider les adolescents à changer

ou à s'adapter à des caractéristiques de personnalité inadaptées, le traitement est intensif et relativement prolongé (24 semaines). Le traitement comprend quatre modules : 1) un module sur les compétences de base de la pleine conscience pour diminuer la confusion identitaire et améliorer le contrôle émotionnel ; 2) un module sur les compétences interpersonnelles pour permettre la résolution de problèmes interpersonnels par un entraînement à l'affirmation de soi ; 3) un module sur la tolérance à la détresse et l'acceptation ainsi que sur la tolérance à des situations douloureuses ; et 4) un module sur les compétences de régulation des émotions. La thérapie individuelle est dispensée chaque semaine et se concentre sur la révision d'un journal hebdomadaire documentant les conduites suicidaires, les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie et l'utilisation de nouvelles compétences. Dans le premier ECR (298), une forme raccourcie de DBT-A (19 semaines) a été comparée à des soins habituels améliorés (psychothérapie hebdomadaire) chez 77 adolescents présentant un trouble de la personnalité limite et des automutilations à répétition.

Au cours du traitement, le groupe DBT-A a signalé une diminution significative des automutilations et des idées suicidaires par rapport au groupe témoin (niveau 2). Au cours de la période de suivi de 12 mois, les effets du traitement se sont maintenus uniquement pour les automutilations (299).

Un deuxième ECR a comparé la DBT-A (24 semaines) à une thérapie de soutien individuelle et/ou de groupe (24 semaines) dans un échantillon de 173 adolescents ayant des antécédents de tentatives de suicide (300). Le groupe DBT-A a signalé un nombre significativement inférieur de tentatives de suicide et une réduction significativement plus importante des idées suicidaires par rapport au groupe témoin (du début à 6 mois). Cependant, ces différences entre les groupes n'étaient pas significatives au moment de la dernière évaluation à 12 mois, car les adolescents des deux groupes se sont améliorés avec le temps (niveau 2).

Sur la base de ces deux ECR de haute qualité menés par deux groupes de recherche indépendants, la DBT-A peut être considérée comme une intervention bien établie pour réduire les automutilations, les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Depuis 2009, la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* recommande la DBT pour les adolescents atteints ou soupçonnés d'être atteints de trouble de la personnalité limite ou de trouble bipolaire afin de réduire la suicidalité (301).

11.5.2. Psychothérapie interpersonnelle

La crise suicidaire chez les enfants et les adolescents est souvent associée à des conflits interpersonnels et le traitement de ce phénomène peut réduire le risque suicidaire. La psychothérapie interpersonnelle est une thérapie brève et limitée dans le temps, qui vise à corriger les dysfonctionnements relationnels autour des questions de perte ou de transition de rôle, des déficits interpersonnels. Elle a été développée, à l'origine, pour la dépression majeure (Klerman *et al.*, 1984) et a été conçue pour être administrée sur une période de 12 à 16 semaines. Mufson *et al.* l'ont modifiée pour l'utiliser avec des adolescents déprimés (302). La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les relations interpersonnelles actuelles et sur le contexte social immédiat. Contrairement à la TCC, qui s'attaque aux distorsions de la pensée susceptibles de provoquer un comportement inadapté, la psychothérapie interpersonnelle se concentre sur le style et l'efficacité des interactions interpersonnelles. En 2012, Jacobson et Mufson (303) ont proposé une forme de thérapie interpersonnelle adaptée dans le cadre des automutilations à visée non suicidante (*non-suicidal self-injury*). Peu de données sont disponibles sur l'évaluation de la psychothérapie interpersonnelle en prévention du suicide. Un seul ECR a montré l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle pour réduire le désespoir et les idées suicidaires dans un groupe d'adolescents taïwanais dépistés en milieu scolaire comme à risque car déprimés (304) (niveau 4).

11.6. Thérapie basée sur la mentalisation

La mentalisation, telle que formulée par Bateman et Fonagy (305) (2006), fait référence à la capacité de comprendre des actions à la fois par soi et par autrui en termes d'états mentaux intentionnels (croyances, désirs, sentiments, besoins, etc.). La thérapie basée sur la mentalisation vise à aider les patients à comprendre plus clairement leur état mental, à la fois simple et complexe, en apportant une aide active dans la régulation des émotions, en conceptualisant leurs propres actions et celles des autres. En période de stress interpersonnel, les individus peuvent ne pas se représenter les expériences en termes d'états mentaux et se laisser submerger par des pensées et des sentiments négatifs à propos de soi. Des comportements tels que les conduites suicidaires peuvent donc représenter une échappatoire à ces auto-évaluations négatives. La thérapie de mentalisation vise à améliorer la capacité des patients à comprendre les autres en développant une compréhension de la manière dont leurs propres comportements peuvent avoir un impact sur les sentiments des autres et à réguler plus efficacement leurs propres émotions. Cette approche a été initialement développée pour la prise en charge des patients avec un trouble de la personnalité limite. L'ECR conduit par Rossouw et Fonagy (306) (2012) a montré que la thérapie fondée sur la mentalisation a permis une diminution de la réitération des tentatives de suicide à 12 mois, dans un échantillon de 80 adolescents ayant des automutilations multiples ou des troubles de la personnalité émergents (n = 71 ; k = 1 ; OR = 0,26 , IC 95 % 0,09 à 0,78). Bien que cette étude montre une réelle supériorité, plusieurs critiques peuvent être formulées. Premièrement, les patients les plus graves, c'est-à-dire ceux qui ont nécessité une hospitalisation à la suite de la TS, ont été exclus. Deuxièmement, le programme, très intense, est peu compatible avec la réalité de l'offre de soins (séances individuelles et familiales de 50 minutes, une fois par semaine, pendant 12 mois). Troisièmement, cette technique nécessite une formation spécifique difficile à mettre en place en cas de généralisation du programme (formation de 6 jours puis des supervisions régulières) (niveau 2).

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

Les TCC aident les patients à identifier et à évaluer de manière critique la façon dont ils interprètent et évaluent les expériences et évènements émotionnels. Elles visent également à les aider à changer leurs appréhensions à traiter les problèmes. Leur méthode s'articule autour de trois étapes : premièrement, les patients sont aidés à changer la façon dont ils interprètent et évaluent leurs émotions pénibles ; deuxièmement, ils apprennent des stratégies pour les aider à changer la façon dont ils réfléchissent aux significations et aux conséquences de ces émotions ; troisièmement, ils sont incités à modifier leurs comportements grâce à une nouvelle interprétation de leurs émotions et des évènements.

11.6.1.1. TCC individuelle

L'étude australienne de Hetrick *et al.* (307) (2017) a évalué un programme de 10 séances de TCC en ligne à destination d'adolescents présentant des idées suicidaires. Les participants recrutés dans des collèges et lycées ont été assignés au hasard soit au programme de TCC intitulé Reframe-IT (308) + traitement habituel, soit le traitement habituel seul. Les modules fournis sur internet comprenaient la restructuration cognitive, la tolérance à la détresse et les compétences de résolution de problèmes. Lors d'essais pilotes, le Reframe-IT a été jugé sûr et acceptable, et en capacité de réduire de manière significative les idées suicidaires (309). Bien que le groupe Reframe-IT ait fait état de réductions plus importantes des idées suicidaires au cours du traitement, les différences entre les groupes de traitement n'étaient pas statistiquement significatives après le traitement ou lors du suivi à 22 semaines

(analyses en intention de traiter). De même, il n'y avait pas d'effet significatif pour les tentatives de suicide. Cependant, la taille de l'échantillon ciblé était de 169 adolescents, mais seuls 50 adolescents ont été randomisés, 30 d'entre eux ayant terminé le suivi de 22 semaines, ce qui a considérablement réduit la capacité à détecter un effet de l'intervention testée (niveau 2).

Dans un petit ECR (n = 32 ; 16 par groupe) avec des jeunes dépressifs en soins ambulatoires, la TCC axée sur la régulation de l'humeur (MR-CBT : *Mood-Regulation Cognitive Behavioural Therapy*) (310) a été comparée au traitement standard. La MR-CBT est un traitement basé sur la reconsolidation de la mémoire qui vise à augmenter les émotions positives et à diminuer les émotions négatives liées aux souvenirs autobiographiques. Le groupe MR-CBT a signalé un nombre significativement moins élevé d'évènements suicidaires (idées suicidaires actives) au cours du traitement, mais ce changement n'était pas significativement différent de celui du groupe contrôle. Cet essai n'a pas été suffisamment puissant et il est donc nécessaire de tester davantage cette intervention avant d'en évaluer l'efficacité.

11.6.1.2. TCC individuelle + familiale

Dans un petit ECR (n = 40), Esposito-Smythers *et al.* (311) (2011) ont comparé la TCC intégrée (I-CBT : *Integrated-Cognitive Behavioural Therapy*) combinant : i) la TCC individuelle (par exemple, les capacités de refus), ii) la TCC familiale (par exemple, la communication) et iii) la formation des parents (par exemple, la régulation des émotions), au traitement habituel renforcé. À 18 mois de suivi, les adolescents du groupe testé ont déclaré moins de tentatives de suicide. Concernant les idées suicidaires, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (niveau 2).

Spirito *et al.* (312) ont testé une TCC parents-adolescents (TCC simultanée aux adolescents dépressifs et à leurs parents), dans un échantillon de 24 dyades parents-adolescents. La TCC simultanée a été testée à une TCC classique pour adolescents. Les adolescents des deux groupes ont présenté des diminutions significatives des idées suicidaires au cours du traitement, mais les effets n'ont pas été significativement plus importants pour le groupe testé (niveau 4).

Le protocole de TCC testé dans l'essai contrôlé randomisé de Donaldson *et al.* (313), intitulé « traitement basé sur les compétences », a été comparé à une thérapie de soutien. L'intervention testée était décrite comme une restructuration cognitive associée à des stratégies comportementales telles que la relaxation pour la gestion des affects. L'intervention comportait également des éléments de psychothérapie axés sur la résolution des problèmes. Les parents ont eu un bref contact avec les thérapeutes pour leur fournir des informations complémentaires et il y a eu une séance familiale complémentaire. Aucune différence n'a été retrouvée entre les deux groupes pour le taux cumulé de nouvelles tentatives de suicide à 6 mois (niveau 4).

11.6.2. Psychothérapie axée sur la résolution des problèmes

Consiste à encourager les patients à évaluer les problèmes de manière consciente et rationnelle, à réduire ou à modifier les émotions négatives générées par les problèmes, et à développer une gamme de solutions possibles pour résoudre ces problèmes (314). Deux essais en population communautaires n'ont pas montré leur efficacité dans la diminution des idées suicidaires.

Un ECR portant sur 46 lycéens et étudiants (27 sujets traités / 17 en liste d'attente) a montré qu'après le traitement et à 12 mois de suivi, le groupe traité a présenté moins d'idées suicidaires et des scores plus bas à l'échelle de Beck (315) (niveau 4). De même, dans l'essai mené par Fitzpatrick *et al.* (316) dans un échantillon communautaire de 110 étudiants, il y avait une différence significative pour les idées suicidaires lors de l'évaluation à un mois après traitement (niveau 4). En revanche, dans l'ECR

mené par McLeavey *et al.* (317), portant sur 39 patients ayant fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, il n'y a pas eu de différence à 12 mois de suivi sur l'ensemble des conduites suicidaires (niveau 4).

Un ECR plus récent, mené auprès de 100 participants (âge moyen 17,2 ans, 60 % de femmes) a évalué l'efficacité d'une intervention de résolution de problèmes pour la prévention du risque suicidaire chez des adolescents brésiliens ayant un potentiel suicidaire élevé au SIQ et des symptômes dépressifs. Après le traitement et jusqu'à 6 mois de suivi, les conduites suicidaires (plans et tentatives de suicide) étaient moins nombreuses dans le groupe traité. La différence de risque était de 0,04 (IC à 95 % : 0,01-0,09) et le nombre de personnes à traiter était de 25 (IC à 95 % : 11-70). Des effets significatifs de l'intervention sur les symptômes dépressifs ont été également constatés en post-traitement et se sont maintenus lors de l'évaluation à 6 mois (318).

11.6.3. Psychothérapie de groupe

Les thérapies de groupe à destination des adolescents suicidants s'inspirent de plusieurs approches, comme la thérapie comportementale et cognitive ou dialectique, mais également des approches psychodynamiques ou des techniques de groupe spécifiques, comme celles évaluées par Green *et al.* (319) et Wood *et al.* (320) dans deux ECR, mais qui se sont révélées non efficaces pour diminuer la réitération des TS.

Dans l'étude de Wood *et al.* (320), 63 adolescents âgés de 12 à 16 ans ont été répartis au hasard entre la thérapie de groupe + soins de routine ou les soins de routine seuls. L'une des caractéristiques de cette intervention était l'attention portée aux compétences de résolution des problèmes et à l'utilisation efficace des soutiens sociaux. Les données sur les résultats des tentatives de suicide ont été obtenues sans connaître l'attribution du traitement, en moyenne à 29 semaines de suivi. Les principaux résultats étaient la dépression, les automutilations et les tentatives de suicide. Dans l'ensemble, les adolescents ayant suivi une thérapie de groupe ont rapporté moins d'automutilations répétées (c'est-à-dire à deux reprises ou plus) que les adolescents ayant reçu les soins de routine (2/32 contre 10/31), mais les intervalles de confiance pour ce ratio étaient larges (intervalle de confiance à 95 % de 1,4 à 28,7).

Ils étaient également plus susceptibles d'adhérer aux soins, avaient une meilleure fréquentation scolaire et présentaient un taux de troubles du comportement plus faible que les adolescents recevant uniquement des soins de routine. Les interventions n'ont toutefois pas différé dans leurs effets sur la dépression ou les tentatives de suicide. Cette étude est importante, car peu d'essais ont démontré l'efficacité des interventions pour réduire la répétition des comportements d'automutilation (niveau 2).

Dans l'essai de Hazell *et al.* (321), 72 adolescents âgés de 12 à 16 ans (91 % de sujets féminins) ont été répartis au hasard pour suivre une thérapie de groupe (développée par Wood et Trainor (322)) ou des soins de routine. Les participants étaient éligibles s'ils étaient orientés vers un service de santé mentale et s'ils avaient signalé au moins deux épisodes d'automutilation au cours de l'année écoulée, dont l'un au cours des trois derniers mois. L'automutilation délibérée a été définie comme toute blessure auto-infligée intentionnelle (y compris l'empoisonnement), indépendamment du but apparent du comportement. Les résultats ont montré que les adolescents du groupe traité ont déclaré plus de comportements d'automutilation que le groupe contrôle (30/34 contre 23/34, $p = 0,04$), et il y avait une tendance statistiquement non significative pour que ce schéma se répète dans l'intervalle de 6 à 12 mois (30/34 contre 24/34, $p = 0,07$) (niveau 2).

D'une façon plus générale, l'approche en groupe, bien que globalement non significative dans les ECR disponibles, semble être plus facile à accepter par les adolescents.

Selon le NICE (245), pour les jeunes qui se sont automutilés à plusieurs reprises, il peut être envisagé de proposer une psychothérapie de groupe avec d'autres jeunes qui se sont automutilés à plusieurs reprises. Cette thérapie devrait comprendre au moins six séances. Une extension de la thérapie de groupe peut également être proposée ; la durée précise de celle-ci devrait être décidée conjointement par le clinicien et le patient.

11.6.4. Interventions de soutien

King *et al.* ont conduit deux essais en 2006 (323) et 2009 (324) évaluant un dispositif de soutien pour réduire les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Le groupe d'intervention avait des contacts hebdomadaires de soutien (discussion des activités et des préoccupations quotidiennes, activités de soutien en vue d'atteindre les objectifs du traitement) avec une personne qu'il désignait comme personne de soutien. Cette personne de soutien désignée a reçu une heure et demie de psychopédagogie sur les troubles psychiatriques, les facteurs de risque de conduite suicidaire et les signes avant-coureurs d'un risque imminent, ainsi que sur les stratégies de communication avec les jeunes. Pour l'étude de 2009, seuls les adultes pouvaient être désignés comme personne de soutien et les interventions étaient d'une durée de 6 mois au lieu de 3 mois. Il convient de noter que dans 61,5 % des cas, la personne de soutien désignée était un parent. Les auteurs n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes (niveau 2).

11.6.5. Psychothérapies familiales

Les problématiques familiales (communication, conflits, manque de cohésion…) sont courantes chez les enfants et adolescents suicidants (325). Les enfants et adolescents suicidants sont souvent isolés au sein de la famille et certains auteurs ont suggéré qu'ils se considèrent comme « sacrifiables » pour la famille (326). Les interventions familiales impliquent habituellement la participation conjointe du patient et des membres de la famille. Plusieurs techniques psychothérapeutiques sont disponibles en fonction des corpus théoriques. Par exemple, **la thérapie familiale systémique se concentre sur la mobilisation des ressources familiales et sur les relations, les rôles et les modes de communication entre les membres de la famille.**

Approches de type TCC

Ces approches peuvent aider les parents à mieux comprendre la conduite suicidaire des enfants et des adolescents, à identifier les changements de l'état mental qui peuvent annoncer une réitération, et à réduire l'ampleur de l'émotion ou de la colère exprimée (327).

Dans l'ECR de Harrington *et al.* (328) (1998), 162 patients, âgés de 16 ans ou moins, qui s'étaient délibérément empoisonnés, ont été répartis au hasard entre le groupe testé (n = 85) (TCC + soins habituels) et le groupe contrôle (n = 77) (soins habituels). L'intervention consistait en une séance d'évaluation et quatre visites à domicile par les travailleurs sociaux pour mener des séances de résolution de problèmes familiaux. Les deux groupes ont été évalués au moment du recrutement puis à 2 et 6 mois. Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes pour les idées suicidaires et le désespoir (niveau 2).

L'ECR plus récent de Cottrell *et al.* (329) (2018) a comparé la thérapie familiale (TF) au traitement standard pour prévenir la réitération des tentatives de suicide dans un échantillon de 832 adolescents. Le traitement testé comprenait en moyenne 8 séances de 75 minutes sur 6 mois pour renforcer les forces et les ressources de la famille. La TF n'était pas significativement plus efficace que le traitement habituel pour réduire la réitération chez les patients pendant le traitement ou au cours du suivi de 18 mois. Cependant, la TF a réduit de manière significative les idées suicidaires au cours du suivi à 12 mois, mais les effets du traitement n'ont pas tenu au cours du suivi à 18 mois (niveau 2).

Pineda et Dadds (330) ont évalué dans un ECR (n = 48 adolescents suicidaires) l'efficacité d'un programme interactif de psycho-éducation (4 séances de 2 heures), à destination des parents (*Resourceful Adolescent Parent Program* – RAP-P), pour réduire les conduites suicidaires des adolescents à 3 et 6 mois après traitement. Le programme RAP-P a été associé à une amélioration du fonctionnement familial et à une plus grande réduction des conduites suicidaires par rapport au traitement de routine seul.

Approche multisystémique

Un seul essai a examiné la thérapie multisystémique (TMS) pour réduire les TS chez les adolescents (331). La TMS est une intervention intensive à domicile qui vise à réduire les comportements problématiques chez les jeunes en ciblant les systèmes multiples (par exemple, les pairs, la famille, l'école, la communauté) qui contribuent à ces comportements. Dans l'ECR de Huey *et al.*, 156 adolescents (âge moyen 12,6 ans), vus aux urgences, ont été assignés au hasard à la TMS ou à l'hospitalisation. Les indices de tentatives de suicide, d'idées suicidaires, d'affects dépressifs ont été évalués avant le traitement, à 4 mois après le recrutement et à 1 an après le traitement. Huey *et al.* ont constaté que les adolescents du groupe testé ont déclaré moins de tentatives de suicide au cours de leur traitement que ceux du groupe témoin.

Approche intégrée

Cette approche mixte a été développée par l'équipe d'Asarnow *et al.* (332) (SAFETY : *Safe Alternatives for Teens and Youth*). Le programme SAFETY a été conçu pour relever les défis identifiés dans la prise en charge des jeunes présentant des conduites suicidaires. Le traitement combine une approche familiale, une approche TCC et DBT. Deux thérapeutes travaillent avec chaque famille : l'un centré principalement sur le jeune, l'autre sur les parents. La prise en charge, d'une durée de 3 mois, comporte également des réunions de tous les participants pour mettre en pratique leurs compétences et résoudre les problèmes identifiés. Parmi les objectifs, on peut citer : identifier des personnes ressources pour le jeune, apprendre à distinguer les états émotionnels, élaborer un plan de sécurité avec des étapes concrètes, renforcer la capacité des parents à protéger et à soutenir leur enfant. L'ECR d'Asarnow *et al.* (333) (2017) (n = 42) a montré que le programme SAFETY a permis une diminution des réitérations de TS à 3 mois. Plus précisément, aucune TS n'a été effectuée chez les adolescents du groupe SAFETY au cours de la période d'intervention de 3 mois. Cependant, l'effet de l'intervention (c'est-à-dire la différence entre les groupes) s'est affaibli après la fin du traitement. SAFETY a été comparé à un programme de psycho-éducation auprès des jeunes et des parents afin d'améliorer l'adhésion aux soins proposés à la sortie des urgences (niveau 2).

Approche psychodynamique

Deux ECR, menés par la même équipe, ont examiné la même thérapie psychodynamique basée sur la famille, *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT) (334). L'ABFT vise à réduire les conduites suicidaires en améliorant les relations parents-adolescents grâce à des techniques axées sur les processus, le comportement cognitif et les émotions. Dans le premier ECR, Diamond *et al.* (335) (2010) ont constaté que les jeunes recevant le programme ABFT ont signalé des réductions significativement plus importantes d'idées suicidaires. Cependant, les résultats d'un deuxième ECR, plus important, comparant l'ABFT à un traitement plus actif, n'étaient pas aussi prometteurs. Dans ce deuxième ECR, Diamond *et al.* (336) (2019) ont comparé l'ABFT à une thérapie de soutien non directive renforcée par la famille. L'intervention comprend des séances individuelles avec l'adolescent, des séances individuelles avec les parents et une séance conjointe parents-adolescent. Ainsi, ce nouveau groupe contrôle, par rapport au premier ECR, est plus conservateur, car seul le contenu diffère. Au cours du traitement, les deux groupes ont signalé des réductions significatives des idées suicidaires, mais cette diminution n'était pas significativement plus importante dans le groupe ABFT (analyses en intention de

traiter). Il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes en ce qui concerne les tentatives de suicide (niveau 2).

11.7. Traitements pharmacologiques

Étant donné la prévalence de la dépression chez les adolescents suicidants, les traitements pharmacologiques incluent principalement des antidépresseurs. D'autres agents pharmacologiques, tels que les anxiolytiques et les thymorégulateurs peuvent également être prescrits. Cependant, les données de la littérature sont relativement faibles. En général, les adolescents qui ont fait une tentative de suicide sont exclus des protocoles de recherche, ce qui limite le recrutement. Il est difficile de recruter des échantillons de taille suffisante et les patients suicidaires sont fréquemment hospitalisés, ce qui crée d'importants biais de sélection (337).

11.7.1. Antidépresseurs

Les médicaments antidépresseurs, bien qu'ils ne constituent pas un traitement direct de la suicidalité, sont prescrits aux adolescents suicidaires et suicidants en raison des troubles dépressifs associés. La question de savoir s'il faut recourir à des traitements pharmacologiques dans cette population a été en partie tranchée par la grande méta-analyse de Cipriani *et al*. (338) publiée dans *The Lancet*. Les auteurs ont analysé 34 ECR dont 5 260 participants et 14 traitements antidépresseurs. La qualité des preuves a été jugée très faible dans la plupart des comparaisons. En ce qui concerne l'efficacité, la fluoxétine s'est avérée statistiquement plus efficace que le placebo (niveau 2).

Compte tenu du lien entre l'activité sérotoninergique, l'impulsivité et les conduites suicidaires (339), les antidépresseurs pourraient être associés à une réduction de l'impulsivité induite par la sérotonine, ce qui pourrait réduire la probabilité qu'un individu s'engage dans une conduite suicidaire. Cependant, d'après Cipriani *et al.*, il existe une incertitude quant à l'impact des antidépresseurs sur la pensée et les conduites suicidaires (338).

En octobre 2004, l'*U.S. Food and Drug Administration* a émis un avertissement précisant que les antidépresseurs étaient susceptibles d'entraîner une augmentation des idées et des conduites suicidaires chez les enfants et les adolescents, sans toutefois contre-indiquer leur usage (340). Ces recommandations ont été rapidement suivies par l'Agence européenne des médicaments et par les instances françaises. Par ailleurs, cette polémique a permis la création, au sein de l'Agence européenne, d'une instance scientifique d'expertise, le comité du médicament pédiatrique, avec obligation d'évaluation de tout médicament susceptible d'être utilisé chez l'enfant et l'adolescent. Pour une revue francophone détaillée de cette controverse, il est possible de se référer à l'article de Deniau et Cohen (341) (2007), ainsi qu'à la mise au point récente publiée par Benarous *et al.* (342) (2018) (niveau 2).

Les données issues d'études de pharmaco-épidémiologie, de réanalyses d'essais thérapeutiques et d'essais cliniques de grande envergure ont permis de mieux connaître le profil d'efficacité et de tolérance de ces molécules, et de donner une réponse plus nuancée quant à leur place en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (313, 343-345). Quelques indications claires peuvent être résumées à partir de cette bibliographie imposante :

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) doivent être privilégiés par rapport aux autres classes d'antidépresseur ;
- la fluoxétine est la molécule ayant le plus montré son efficacité contre placebo, avec une indication chez l'enfant à partir de 8 ans ;
- l'importance de l'effet thérapeutique des ISRS dépend des indications, il est jugé faible pour la dépression de l'adolescent (effet jugé plus fort pour les troubles anxieux comme les TOC) ;

- une augmentation modérée des idées et des conduites suicidaires peut être observée lors de l'introduction de l'ISRS ;
- les ISRS ont été associés à une diminution des réitérations de TS chez les adolescents déprimés et traités pendant au moins 6 mois ;
- un traitement par fluoxétine a été associé à une diminution du risque de suicide.

Concernant le dernier point, nous souhaitons détailler l'étude finlandaise de Tiihonen *et al.* (345). Il s'agit d'une étude de cohorte, portant sur plus de 15 000 sujets dont 1 400 adolescents avec une durée de suivi moyenne de 3,5 ans. L'utilisation en monothérapie de la fluoxétine a été associée à une diminution du risque (RR = 0,52 ; IC 95 % 0,3-0,93) de suicide complété, alors que l'utilisation de la venlafaxine (RR = 1,61 ; IC 95 % 1,01-2,57) a été associée à une augmentation du risque. Parmi les sujets qui avaient déjà utilisé un antidépresseur, l'utilisation actuelle des médicaments a été associée à une augmentation du risque de conduites suicidaires (39 %, p < 0,001), mais aussi à une diminution du risque de suicide complété (- 32 %, *p* = 0,002).

Finalement, sur la base de 2 méta-analyses et 4 études observationnelles (346), il apparaît que les antidépresseurs peuvent augmenter le risque de conduites suicidaires à court terme chez certains adolescents, et que cette augmentation est compensée par une réduction globale, dans la population, des conduites suicidaires associées au traitement médicamenteux de la dépression chez les adolescents.

11.7.2. Thymorégulateurs

Les stabilisateurs de l'humeur peuvent avoir des avantages spécifiques pour les enfants et les adolescents atteints de trouble bipolaire ou de trouble unipolaire, notamment en termes de prévention de la récurrence d'épisodes thymiques. On pourrait donc s'attendre à ce que ces médicaments présentent des avantages en termes de réduction du risque de conduites suicidaires. Cependant, à ce jour, un tel effet n'a été observé que pour le lithium en population adulte (347).

11.7.3. Kétamine

La kétamine est un psychotrope utilisé comme anesthésique général. Il s'agit d'un inhibiteur du glutamate au niveau des récepteurs NMDA. En psychopharmacologie, la kétamine fait l'objet d'un important intérêt pour ses effets antidépresseurs aigus et son action potentielle sur les idées suicidaires. Dans la méta-analyse la plus vaste et la mieux conduite réalisée à ce jour, la kétamine apparaît comme un agent qui réduit la suicidalité chez les patients adultes présentant des idées suicidaires actives. Wilkinson *et al.* (348) (2018) ont obtenu des données individuelles pour 167 sujets inclus dans 10 ECR. Les patients avec des idées suicidaires qui ont été inclus dans la méta-analyse étaient plus sévèrement déprimés que ceux qui n'avaient pas d'idées suicidaires et qui étaient exclus. Les patients inclus ne différaient pas significativement dans les groupes traités par la kétamine (n = 93) par rapport aux groupes témoins (n = 74) sur des paramètres sociodémographiques et des paramètres cliniques importants tels que la gravité initiale de la dépression. Les résultats montrent que la kétamine a rapidement (dans un délai de 24 h) réduit les idées suicidaires, tant sur le plan clinique que sur les échelles d'auto-évaluation. Les tailles d'effet étaient de modérées à grandes (Cohen's d = 0,48-0,85) à tous les moments d'évaluation après l'administration (de 1 à 7 jours). En population adolescente, une récente revue de la littérature a identifié 7 études (principalement des rapports de cas) portant sur l'utilisation thérapeutique de la kétamine chez les jeunes, dans le but principal de traiter un trouble psychiatrique résistant au traitement (349).

Dwyer *et al.* (350) rapportent l'utilisation de la kétamine par voie intraveineuse chez un adolescent de 16 ans ayant des antécédents psychiatriques de trouble dépressif majeur, de trouble déficitaire de

l'attention avec hyperactivité (TDAH), de dysphorie de genre et des antécédents médicaux de maladie de Crohn. Cet adolescent a également été hospitalisé à plusieurs reprises et a tenté à trois reprises de se suicider. Ce patient a reçu un total de sept perfusions IV de kétamine (0,5 mg/kg) sur une période de 8 semaines en milieu hospitalier. Les auteurs ont constaté une amélioration immédiate (dans la journée) après l'administration initiale de kétamine de ses symptômes dépressifs (mesurée par une réduction de 61 % du score MADR), de ses idées suicidaires (documentées par une réduction de 88 % à l'échelle SSI) et de son désespoir (mesuré par une réduction de 57 % sur l'échelle de désespoir de Beck). Ces améliorations ont été maintenues tout au long de ses 8 semaines d'hospitalisation.

Dans l'ensemble, la kétamine a montré, chez les jeunes, une amélioration générale des symptômes dépressifs, une diminution de la suicidalité aiguë et une réduction de la labilité de l'humeur, bien qu'un certain nombre de sujets soient restés résistants au traitement. Cependant, à ce jour, il n'existe pas d'ECR ayant montré l'efficacité de la kétamine en population adolescente. Plusieurs ECR sont en cours.

11.8. Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

La stimulation magnétique transcrânienne (SMT) répétitive préfrontale gauche, à haute fréquence, est un traitement standard, approuvé par la FDA, pour les troubles dépressifs majeurs chez les patients adultes qui n'ont pas répondu à un traitement antidépresseur (351). Les protocoles avec une rTMS à forte dose, avec plusieurs séances par jour pendant trois à cinq jours, par opposition à des traitements quotidiens pendant quatre à six semaines, ont montré une efficacité pour réduire les idées suicidaires en population adulte (352). Les premières études pilotes suggèrent que la rTMS quotidienne, préfrontale gauche et à haute fréquence, peut être une intervention sûre et efficace pour la dépression résistante au traitement chez les adolescents (353). Une étude exploratoire portant sur 19 adolescents a examiné l'effet d'un traitement aigu de la SMT à haute fréquence répétitive sur les idées suicidaires (354). La suicidalité a été évaluée au départ, après 10, 20 et 30 séances. Les idéations suicidaires ont été évaluées avec la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) et le point 13 « Suicidalité » de la *Children's Depression Rating Scale, Revised* (CDRS-R). Les résultats ne suggèrent pas une efficacité.

11.9. Les interventions numériques

Les interventions psychosociales numériques, conçues pour être utilisées sans orientation professionnelle et diffusées sur internet ou *via* des applications mobiles, rencontrent un succès grandissant. La communauté internationale s'intéresse de plus en plus à la recherche de solutions technologiques dans le domaine de la santé mentale, en particulier dans les pays qui ne disposent pas de services de santé mentale adéquats et dans ceux où l'accès est insuffisant. Les interventions numériques se sont avérées efficaces pour prévenir et réduire la dépression et l'anxiété (355). Au cours de ces dernières années, de nombreuses interventions numériques se sont développées pour la prévention du suicide.

Une revue de la littérature avec méta-analyse (356) portant sur 16 études (4 398 sujets), récemment publiée dans *Lancet Digital Health*, était en faveur de l'efficacité des interventions numériques pour réduire les idées suicidaires (Hedges' g = - 0,18, IC 95 % - 0,27 à - 0,10, $p < 0,0001$; $I^2 = 0$ %, I^2 IC 0,0-47,9). La plupart des interventions directes pour le suicide ont utilisé des approches non TCC (thérapie d'acceptation et d'engagement, DBT, approches mixtes, le plan de sécurité), alors qu'environ 70 % des interventions ciblées sur la dépression ont utilisé des modèles TCC.

Néanmoins, les tailles d'effet étaient faibles et non significativement différentes de celles des interventions en face à face (191). Les auteurs ont, en outre, montré que, contrairement aux interventions

ciblant directement les idées suicidaires, les interventions indirectes portant sur la dépression s'avéraient inefficaces (g = - 0,12, IC 95 % - 0,25 à 0,01, p = 0,071 ; I^2 = 0 %, I^2 IC 0,0-30,7). Enfin, les auteurs notaient une large variabilité des tailles d'effet entre les études incluses, variabilité qu'ils expliquaient par la faible taille des échantillons (10 études avaient des échantillons inférieurs à 200) et la faible observance des participants aux interventions numériques (près des deux tiers des études ont indiqué que les participants avaient suivi moins de 50 % des modules de traitement). Sur ce dernier point, une autre méta-analyse réalisée par Karyotaki *et al.* (357) a identifié des niveaux de non-adhésion comparables (70 % d'abandon avant d'avoir terminé 75 % des modules), s'agissant des interventions numériques autoguidées pour la dépression.

Recommandations

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

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

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

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

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

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

La HAS recommande également d'associer au traitement antidépresseur une psychothérapie adaptée.

En cas de prescription d'un traitement antidépresseur par un médecin généraliste ou un pédiatre, seule la fluoxétine est recommandée dans l'épisode dépressif de l'adolescent.

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

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

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

12. Les dispositifs de veille et de recontact

Parmi les dispositifs de suivi post-tentative de suicide jugés efficaces sur la prévention de la réitération suicidaire, deux approches peuvent être distinguées (358) :

- les interventions intensives, qui consistent en un suivi proactif à domicile ou en consultation par une équipe dédiée, le plus souvent sur plusieurs semaines ;
- les dispositifs de veille et de recontact (ou *Brief Contact Interventions* – BCI), qui se distinguent des autres formes de soins de proximité et de gestion de cas en ce sens qu'elles ne sont pas nécessairement menées par un spécialiste de la santé mentale, qu'elles se déroulent selon un calendrier structuré et qu'elles sont dispensées sur une période prolongée. Elles n'incluent aucune thérapie formelle et se limitent à une composante minimale d'intention de soutien ou de psycho-éducation (359).

Sans vocation substitutive, les dispositifs de veille et de recontact s'inscrivent en parallèle d'une éventuelle prise en charge quand elle est indiquée. Activés dès la sortie d'hôpital, ils combinent variablement :

- la mise à disposition, auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide, d'une équipe de professionnels qu'elles peuvent interpeller en cas de difficultés ou de nouvelle crise suicidaire (360) ;
- le maintien de contact avec ces personnes à travers des interventions brèves à distance : appels téléphoniques (361), envoi de lettres (362), de cartes postales (363) ou de SMS (364).

Les études parues sur les BCI ont été synthétisées par deux méta-analyses publiées en 2015 (365, 366). Dans la première, Milner *et al.* (365) ont inclus 14 ECR ou essais non randomisés, dont deux en population adolescente (367, 368). Leurs résultats étaient en faveur d'une efficacité non significative des BCI sur la réitération suicidaire et le suicide, et d'une efficacité significative sur le nombre de réitérations suicidaires. Dans la seconde, Inagaki *et al.* (366) ont inclus 11 essais ayant évalué les interventions dites de contact actif et de suivi. Ces dernières se sont avérées efficaces sur la prévention de la réitération suicidaire à 12 mois (RR = 0,83 ; IC 95 % : 0,71 à 0,97), mais l'effet n'était pas maintenu à 24 mois (niveau 2).

En France, Vaiva *et al.* (369) ont proposé, à la faveur d'un protocole de recherche, un dispositif de veille et de recontact composite appelé Algos. Algos s'appuyait sur trois types d'interventions combinées selon un algorithme préspécifié : une carte ressource, un appel téléphonique pour les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide et l'envoi d'un jeu de cartes postales lorsque le patient n'était pas joignable ou n'adhérait pas au suivi proposé après sa sortie d''hôpital. À la lumière de résultats en demi-teinte (370), Algos a été amélioré puis implémenté en un système de prévention de droit commun sous le nom de VigilanS. Depuis son lancement, plusieurs études ont montré l'efficacité de ce programme pour prévenir les réitérations suicidaires et le suicide en population adulte (371, 372). Aussi, dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie de 2018 (98), le ministère des Solidarités et de la Santé a décidé de son déploiement national à horizon 2022.

Concernant les adolescents français, le premier dispositif de veille et de recontact spécifiquement dédié a été implanté en 2002 à Marseille, sous l'impulsion de l'Association suicide et mal-être de l'adolescent (Asma). Il consiste en un réseau ville-hôpital ayant pour objectif l'amélioration de la prise en charge post-hospitalière des adolescents suicidants. À chaque adolescent acceptant d'entrer dans le dispositif est attribué un référent qui l'appelle mensuellement les 3 premiers mois post-hospitalisation, puis de manière trimestrielle pendant une année. Depuis 2015, le service de psychiatrie de Rouffach

et l'association Sépia proposent aux jeunes suicidants quittant les urgences ou un service hospitalier de maintenir le lien par l'intermédiaire de messages ou d'appels téléphoniques. L'objectif est de soutenir la mise en place effective du suivi engagé, d'organiser une réhospitalisation en cas de nouveau risque suicidaire, de proposer une alternative thérapeutique en cas de non-adhésion au suivi et de renforcer les liens entre les partenaires (373).

Plus récemment, VigilanS Ado s'est développé au sein de VigilanS, un dispositif multirégional de prévention de la réitération suicidaire qui combine veille, structuration de réseau et différents types de recontact selon un fonctionnement algorithmique (370). Les enfants et adolescents entrant dans VigilanS se voient remettre une carte ressource à appeler en cas de difficultés et sont rappelés à 15 jours et/ou à 3 mois selon qu'ils sont multi ou primosuicidants. En cas de recontact infructueux ou de difficulté perçue au téléphone, les multisuicidants reçoivent également un lot de 4 cartes postales. Les premiers résultats quant à l'efficacité des dispositifs de veille et de recontact pour les mineurs sont encourageants, mais encore préliminaires (280). Les bénéfices à en attendre peuvent toutefois être appréhendés à la lumière de l'affiliation de ces dispositifs aux stratégies plus larges de prévention fondées sur la reliance (« *connectedness* ») (113).

Recommandations

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

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

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

Table des annexes

Annexe 1. Méthode de travail 96

Annexe 2. Recherche documentaire 99

Annexe 3. Précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux 105

Annexe 1. Méthode de travail

Méthode recommandations pour la pratique clinique

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

La méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture) et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toute RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le (ou les) chargé(s) de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le (ou les) chargé(s) de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (page 2).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site unique DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

Bases de données bibliographiques

La recherche a porté sur les publications en langue anglaise et française dans les bases Embase, Medline et PsycInfo. Des recherches complémentaires ont été menées sur des sites de référence.

Le tableau 1 présente de façon synthétique les étapes successives de l'interrogation dans les bases de données Embase et Medline. La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et/ou type d'étude les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Tableau 1 – Stratégie de recherche dans les bases de données Embase et Medline

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention – recommandations		1995 – 30/10/2020
Étape 1	(ti(adolescent*) OR ti(child*) OR MESH.EXACT("Adolescent") OR ti(youth) OR MESH.EXACT("Infant") OR MESH.EXACT("Child") OR MESH.EXACT("Young Adult"))	
ET		
Étape 2	(MJMESH.EXACT("Suicide, Attempted") OR MJMESH.EXACT("Suicide") OR MJMESH.EXACT("Suicide, Completed") OR ti(suicide) OR ti(suicidal) OR ti(self-harm) OR ti(self PRE/0 poisoning) OR ti(suicidality) OR ti(suicidal PRE/0 tendenc*)) AND (Ti(prevent*) OR MJMESH.EXACT("Primary Prevention"))	
ET		
Étape 3	TI(consensus) OR TI(guidance[*1]) OR TI(guide) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(Consensus Development Conferences as topic) OR MESH.EXACT(Consensus Development Conferences, NIH as topic) OR MESH.EXACT(guidelines as topic) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR MESH.EXACT(Practice Guidelines as topic) OR EMB.EXACT(consensus development) OR EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(Government Publications) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)	
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention – méta-analyses et revues systématiques		1995 – 30/10/2020
Étape 1		
ET		
Étape 2		

ET		
Étape 4	(TI,AB(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI,AB(metaanalys[*3]) OR TI,AB(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI,AB(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 review[*3]) OR MESH.EXACT(meta-analysis as topic) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev) (TI,AB(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI,AB(metaanalys[*3]) OR TI,AB(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI,AB(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 review[*3]) OR MESH.EXACT(meta-analysis as topic) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev)	
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention – essais contrôlés randomisés		1995 – 30/10/2020
Étape 1		
ET		
Étape 2		
ET		
Étape 5	TI(random*) OR MESH.EXACT(cross-over studies) OR MESH.EXACT(double-blind method) OR MESH.EXACT(random allocation) OR MESH.EXACT(single-blind method) OR EMB.EXACT(crossover procedure) OR EMB.EXACT(double blind procedure) OR EMB.EXACT(randomization) OR EMB.EXACT(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(single blind procedure) OR DTYPE(randomized controlled trial))	
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : évaluation – recommandations		1995 – 30/10/2020
Étape 1		
ET		
Étape 3		
ET		
Étape 6	ti(risk) OR ti(assessment) OR if(assessment) OR if(risk) OR MESH.EXACT("Risk Factors") OR MESH.EXACT("Risk Assessment") OR ti(risk PRE/0 factor*) OR if("test evaluation")	
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : évaluation – méta-analyses et revues systématiques		1995 – 30/10/2020
Étape 1		
ET		
Étape 4		

ET		
Étape 6		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : évaluation – essais contrôlés randomisés		1995 – 30/10/2020
Étape 1		
ET		
Étape 5		
ET		
Étape 6		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prise en charge médicamenteuse – recommandations		1995 – 30/10/2020
Étape 7	EMB.EXACT("methylphenidate") OR MESH.EXACT("Methylphenidate") OR MESH.EXACT("Antidepressive Agents") OR EMB.EXACT("antidepressant agent") OR ti(antidepressant*)	
ET		
Étape 8	MJMESH.EXACT("Suicide, Attempted") OR MJMESH.EXACT("Suicide") OR MJMESH.EXACT("Suicide, Completed") OR MJMESH.EXACT("Suicidal Ideation") OR MJMESH.EXACT("Self-Injurious Behavior") OR ti(suicide) OR ti(suicidal) OR ti(self-harm) OR ti(self PRE/0 poisoning) OR ti(ideation) OR ti(suicidality) OR ti(suicidal PRE/0 risk) OR ti(suicide PRE/0 risk) OR ti(suicidal tendenc*)	
ET		
Étape 3		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prise en charge médicamenteuse – méta-analyses et revues systématiques		1995 – 30/10/2020
Étape 7		
ET		
Étape 8		
ET		
Étape 4		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prise en charge médicamenteuse – essais contrôlés randomisés		1995 – 30/10/2020
Étape 7		
ET		
Étape 8		
ET		

Étape 5		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : médias sociaux – recommandations		1995 – 30/10/2020
Étape 9	MESH.EXACT("Suicide, Attempted") OR MESH.EXACT("Suicide") OR MESH.EXACT("Suicide, Completed") OR MESH.EXACT("Suicidal Ideation") OR MESH.EXACT("Self-Injurious Behavior") OR ti(suicide) OR ti(suicidal) OR ti(self-harm) OR ti(self PRE/0 poisoning) OR ti(ideation) OR ti(suicidality)	
ET		
Étape 10	MESH.EXACT("Social Networking") OR MESH.EXACT("Online Social Networking") OR MESH.EXACT("Smartphone") OR MESH.EXACT("Mass Media") OR MESH.EXACT("Computers, Handheld") OR ti,ab(social PRE/0 network*) OR ti,ab(facebook) OR ti,ab(twitter) OR ti,ab(Tiktok) OR ti,ab(instagram) OR ti,ab(snapchat) OR ti,ab(reddit)	
ET		
Étape 3		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : médias sociaux – méta-analyses et revues systématiques		1995 – 30/10/2020
Étape 9		
ET		
Étape 10		
ET		
Étape 4		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : médias sociaux – essais contrôlés randomisés		1995 – 30/10/2020
Étape 9		
ET		
Étape 10		
ET		
Étape 5		
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : repérage – recommandations		1995 – 30/10/2020
Étape 9		
ET		

Étape 11	ti(screening) OR ti(screened) OR ti(diagnostic) OR MESH.EXACT("Diagnostic Screening Programs") OR ti(medical PRE/0 education) OR ti(prevention) OR MESH.EXACT("Mass Screening") OR MESH.EXACT("Primary Prevention") OR ti(assessment PRE/0 tool*) OR ti(toolkit) OR ti(detection) OR ti(early PRE/0 diagnosis)	
ET		
Étape 3		

Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : repérage – méta-analyses et revues systématiques	1995 – 30/10/2020
Étape 9	
ET	
Étape 11	
ET	
Étape 4	

Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : repérage – essais contrôlés randomisés	1995 – 30/10/2020
Étape 9	
ET	
Étape 11	
ET	
Étape 5	

Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : brief contact intervention		1995 – 30/10/2020
Étape 8		
ET		
Étape 12	MESH.EXACT("Psychotherapy, Brief") OR EMB.EXACT("short term psychotherapy") OR ti,ab(brief PRE/0 contact PRE/0 intervention*)	

Sites consultés

Agence nationale de sécurité du médicament – ANSM

Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ

American Psychiatric Association – APA

AscodocPsy

Association française de psychiatrie – AFP

Beyondblue

Bibliothèque médicale Lemanissier

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH

Canadian Institute for Health Information – CIHI

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment – CANMAT

Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE

Centre for Reviews and Dissemination – CRD

Clinical Knowledge Summaries – NHS

Cochrane library

Conseil supérieur de la santé – Belgique

Department of health – Australian governement

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES

European commission, Mental health

Fédération française des psychologues et de psychologie – FFPP

Haute Autorité de santé – HAS

Haut Conseil de la santé publique – HCSP

Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS

Institut national de santé publique du Québec – INSPQ

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – IRDES

Mental health foundation – Royaume-Uni

Ministère des Solidarités et de la Santé – France

Ministry of health – New Zealand

National Health Services – NHS

National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE

New Zealand Guidelines Group – NZGG

Public health England

PsyCom

Rapid assessment for adolescent preventive services

Royal college of psychiatrists

Santé Canada

Santé publique France – SPF

Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN

Société française de psychologie – SFP

TripDatabase

World Health Organization, mental health – WHO

Annexe 3. Précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux

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

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

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf

2. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Findings from the global burden of disease study 2017. Seattle: IHME; 2018. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf

4. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. World Psychiatry 2005;4(2):114-20.

5. Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4e rapport. Paris: ONS; 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2020.pdf

6. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO; 2014. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

7. O'Carroll PW. A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. Suicide Life Threat Behav 1989;19(1):1-16. http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb00362.x

8. Miron O, Yu KH, Wilf-Miron R, Kohane IS. Suicide rates among adolescents and young adults in the United States, 2000-2017 [letter]. JAMA 2019;321(23):2362-4. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.5054

9. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Interrogation des données sur les causes de décès de 1980 à 2016. Causes externes de blessure et d'empoisonnement, France métropolitaine [En ligne] 2019. http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe

10. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. Acad Emerg Med 2007;14(9):810-8. http://dx.doi.org/10.1197/j.aem.2007.05.014

11. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, *et al.* Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. J Child Psychol Psychiatry 2012;53(12):1212-9. http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x

12. Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris: ONS; 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

13. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):48-54.

14. Janssen E, Spilka 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 Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):74-82.

15. Ivey-Stephenson AZ, Demissie Z, Crosby AE, Stone DM, Gaylor E, Wilkins N, *et al.* Suicidal ideation and behaviors among high school students - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. MMWR Suppl 2020;69(Suppl 1):47-55. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su6901a6

16. Duche DJ. Les conduites suicidaires de l'enfant. Bull Acad Natle Méd 1981;165(8):1091–7.

17. Berthod C, Giraud C, Gansel Y, Fourneret P, Desombre H. Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans. Arch Pédiatr 2013;20(12):1296-305. http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2013.09.016

18. Delamare C, Martin C, Blanchon YC. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatr Enf Adolesc 2007;55(1):41-51. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.006

19. Pfeffer CR. Suicidal behaviour in children: an emphasis on developmental influences. Dans: Hawton K, van Heeringen K, ed. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 237-48.

20. Rosenthal PA, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. Am J Psychiatry 1984;141(4):520-5. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.4.520

21. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. Am J Psychiatry 1975;132(3):285-7. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.3.285

22. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164(7):1035-43. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035

23. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(12):1497-505. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010

24. Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. J Clin Child Adolesc Psychol 2003;32(2):284-9. http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3202_14

25. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, *et al.* Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(1):95-105. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199301000-00015

26. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, Guilé JM, Mirkovic B, Knafo A, *et al.* Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. Can J Psychiatry 2015;60(2 Suppl 1):S27-36.

27. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. Psychol Med 2013;43(5):983-93.
http://dx.doi.org/10.1017/s0033291712001912

28. King CA, Kerr DC, Passarelli MN, Foster CE, Merchant CR. One-year follow-up of suicidal adolescents: parental history of mental health problems and time to post-hospitalization attempt. J Youth Adolesc 2010;39(3):219-32.
http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9480-2

29. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé JM, Consoli A, *et al.* Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020;29(12):1729-40.
http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x

30. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. Bull World Health Organ 2016;94(5):340-50F.
http://dx.doi.org/10.2471/blt.15.163295

31. Demissie Z, Clayton HB. Prevalence of suicide ideation, planning, and attempts among adolescents in 83 developing countries, 2003–2016 [abstract]. J Adolesc Health 2018;62(Suppl 2):S15.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.031

32. Kovess-Masfety V, Pilowsky DJ, Goelitz D, Kuijpers R, Otten R, Moro MF, *et al.* Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. J Affect Disord 2015;177:28-35.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008

33. Duverger P, Picherot G. L'adolescence : définition(s). Cadre conceptuel de la santé de l'adolescent. Dans: Gerardin P, Boudailliez B, Duverger P, ed. Médecine et santé de l'adolescent. Pour une approche globale et interdisciplinaire. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019. p. 3-6.

34. Coslin PG. Adolescence et puberté. Dans: Coslin PG, ed. Psychologie de l'adolescent. 5e édition. Malakoff: Armand Colin; 2017. p. 19-47.

35. Marcelli D, Braconnier A, Alain L. Les modèles de compréhension de l'adolescence. Dans: Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L, ed. Adolescence et psycho-pathologie. 9e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. p. 3-79.

36. Le Breton D. Une brève histoire de l'adolescence. Paris: Les Editions du 81; 2013.

37. Huerre P, Pagan-Reymond M, Reymond JM. L'adolescence n'existe pas. Paris: Odile Jacob; 2002.

38. Granic I, Dishion T, Hollenstein T. The family ecology of adolescence: a dynamic systems perspective on normative development. Dans: Adams GR, Berzonsky MD, ed. Blackwell Handbook of Adolescence. Malden: Blackwell Publishing; 2003. p. 60–91.

39. Bouvattier C. Puberté normale – Pubertés précoces et retards pubertaires. Encycl Méd Chir Gynécologie 2017;800-A-10.
http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064(16)72796-4

40. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!). Guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescents-health/en/

41. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. World congress on youth, Barcelona, Spain, 8-15 july 1985. Final report. Paris: UNESCO; 1986.

42. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health 2018;2(3):223-8.
http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1

43. Gauchet M. La redéfinition des âges de la vie. Le Débat 2004;5(132):27-44.

44. Silverman MM. The language of suicidology. Suicide Life Threat Behav 2006;36(5):519-32.
http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519

45. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav 1996;26(3):237-52.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x

46. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav 2007;37(3):248-63.
http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248

47. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav 2007;37(3):264-77.
http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264

48. de Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHo/EURO multicentre study. Crisis 2006;27(1):4-15.
http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4

49. Silverman MM, de Leo D. Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. Crisis 2016;37(2):83-7.
http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000419

50. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, *et al.* Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(3):521-9.
http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006

51. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Portera L, Weiner C. The prevalence of aborted suicide attempts among psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand 1997;96(6):492-6.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09952.x

52. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1995;91(5):336-40.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09791.x

53. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(1):106-13. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199301000-00016

54. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consult Clin Psychol 1994;62(2):297-305. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.297

55. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol 2000;68(3):371-7.

56. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. BMJ 2005;330(7496):891-4. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891

57. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta: CDC; 2011. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf

58. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Am J Psychiatry 2001;158(3):427-32. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.427

59. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. Ann N Y Acad Sci 1997;836(1):302–28. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52367.x

60. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012;6:10. http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-10

61. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res 2006;144(1):65-72. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010

62. Gutierrez PM, Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Bagge CL. Suicide risk assessment in a college student population. J Counsel Psychol 2000;47(4):403–13. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.403

63. Rudd MD. Suicidality in clinical practice: anxieties and answers. J Clin Psychol 2006;62(2):157-9. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20219

64. Silverman MM. Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviours. Dans: O'Connor R, Pirkis J, ed. The international handbook of suicide prevention. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2016. p. 9-35.

65. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, *et al.* Suicidality and risk of suicide: definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. J Clin Psychiatry 2010;71(8):e1-e21. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10cs06070blu

66. van Heeringen K, Hawton K, Williams JM. Pathways to suicide: an integrative approach. Dans: Hawton K, van Heeringen K, ed. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 223–34.

67. Viana Vargas E, Latour B, Karsenti B, Aït-Touati F, Salmon L. The debate between Tarde and Durkheim. Environ Plan D 2008;26(5):761-77. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1068/d2606td

68. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, *et al.* Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med 2016;46(2):225-36. http://dx.doi.org/10.1017/s0033291715001804

69. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull 2017;143(2):187-232. http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084

70. Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopathol 2000;12(3):265-96. http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400003023

71. Nelson B, McGorry PD, Wichers M, Wigman JT, Hartmann JA. Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder. A review. JAMA Psychiatry 2017;74(5):528-34. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0001

72. Masten AS, Curtis WJ. Integrating competence and psychopathology: pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. Dev Psychopathol 2000;12(3):529-50. http://dx.doi.org/10.1017/s095457940000314x

73. Notredame CE, Chawky N, Beauchamp G, Vaiva G, Séguin M. The role of adolescence in development paths toward suicide: specificities and shaping of adversity trajectories. Front Psychiatry 2020;11:557131. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.557131

74. Séguin M, Beauchamp G, Robert M, DiMambro M, Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. Br J Psychiatry 2014;205(2):120-6. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139949

75. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. Dans: Hankin BL, Abela JR, ed. Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. London: Sage Publications; 2005. p. 32-46.

76. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999;156(2):181-9. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.2.181

77. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet 2016;387(10024):1227-39. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2

78. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. Physiol Behav 2012;106(1):29-39. http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019

79. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. Horm Behav 2003;43(1):2-15.

http://dx.doi.org/10.1016/s0018-506x(02)00024-7

80. Commission on Chronic Illness. Chronic illness in the United States. Volume I. Prevention of chronic illness. Cambridge: Harvard University Press; 1957.

81. Gordon RS. An operational classification of disease prevention [editorial]. Public Health Rep 1983;98(2):107-9.

82. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Tančič Grum A, *et al.* Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. A review of systematic reviews. Crisis 2011;32(6):319-33.
http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000109

83. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294(16):2064-74.
http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.16.2064

84. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. Crisis 2012;33(3):162-8.
http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000125

85. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985;14(1):32-8.
http://dx.doi.org/10.1093/ije/14.1.32

86. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 2001;30(3):427-32.
http://dx.doi.org/10.1093/ije/30.3.427

87. Doyle YG, Furey A, Flowers J. Sick individuals and sick populations: 20 years later. J Epidemiol Community Health 2006;60(5):396-8.
http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.042770

88. Hayes MV. The Risk Approach: unassailable logic? Soc Sci Med 1991;33(1):55-64.
http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90450-q

89. Hayes MV. On the epistemology of risk: language, logic and social science. Soc Sci Med 1992;35(4):401-7.
http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90332-k

90. Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, Kleinman M, Amakawa L, Altschuler E. Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(12):1193-201.
http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5

91. Ciarrochi J, Deane FP, Wilson CJ, Rickwood D. Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. Br J Guid Counsel 2002;30(2):173-88.
http://dx.doi.org/10.1080/03069880220128047

92. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry 2010;10:113.
http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-10-113

93. Hodgekins J, Clarke T, Cole H, Markides C, Ugochukwu U, Cairns P, *et al.* Pathways to care of young people accessing a pilot specialist youth mental health service in Norfolk, United Kingdom. Early Interv Psychiatry 2017;11(5):436-43.
http://dx.doi.org/10.1111/eip.12338

94. Séguin M. Contexte, typologie de la crise et intervention. Dans: Séguin M, Brunet A, Leblanc L, ed. Intervention en situation de crise et contexte traumatique. 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin; 2012. p. 4-31.

95. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, *et al.* Impaired decision making in suicide attempters. Am J Psychiatry 2005;162(2):304-10.
http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.304

96. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: a systematic review and meta-analysis. World J Biol Psychiatry 2015;16(8):544-66.
http://dx.doi.org/10.3109/15622975.2014.925584

97. Direction générale de la santé, Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité 2019;2019/10.

98. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route. Santé mentale et psychiatrie. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (CSSMP), jeudi 28 juin 2018. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

99. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. Am J Psychiatry 2006;163(7):1226-32.
http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1226

100. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, *et al.* Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. JAMA Psychiatry 2014;71(2):119-27.
http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2803

101. Brown JD. Evaluations of self and others: self-enhancement biases in social judgments. Soc Cogn 1986;4(4):353–76.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1521/soco.1986.4.4.353

102. Wilson CJ, Deane FP. Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. J Educ Psychol Consult 2001;12(4):345-64.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1207/S1532768XJEPC1204_03

103. Barrero SA. Preventing suicide: a resource for the family. Ann Gen Psychiatry 2008;7:1.
http://dx.doi.org/10.1186/1744-859x-7-1

104. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(9):1171-8.
http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf

105. Flavigny C. L'approche familiale après les gestes suicidaires des enfants. Neuropsychiatr Enfance 1980;28(9):387-91.

106. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. Coping and social support. Dans: Zeidner M, Endler NS, ed. Handbook of coping: theory, research, applications. New York: John Wiley & Sons; 1996. p. 434-51.

107. Cobb S. Presidential address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 1976;38(5):300-14.
http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

108. Chioqueta AP, Stiles TC. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation. Identification of protective factors. Crisis 2007;28(2):67-73. http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67

109. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE. Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. Arch Suicide Res 2014;18(2):144-55. http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.826155

110. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE, Weingarden H. The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. Crisis 2012;33(5):273-9. http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000136

111. Joiner TE, van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R*, et al.* Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. J Abnorm Psychol 2009;118(3):634-46. http://dx.doi.org/10.1037/a0016500

112. Whitlock J, Wyman PA, Moore SR. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. Suicide Life Threat Behav 2014;44(3):246-72. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12071

113. Notredame CE, Medjkane F, Porte A, Desobry O, Ligier F. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents. L'Encéphale 2019;45(Suppl 1):S32-S4. http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.007

114. Klonsky ED, May AM. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. Suicide Life Threat Behav 2014;44(1):1-5. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12068

115. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A*, et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192(2):98-105. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113

116. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. Curr Opin Psychol 2018;22:38-43. http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020

117. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K*, et al.* What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. J Child Psychol Psychiatry 2019;60(1):91-9. http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12878

118. Shneidman ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Plymouth: Jason Aronson; 1993.

119. May AM, Klonsky ED. Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. Suicide Life Threat Behav 2013;43(5):532-46. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12037

120. May AM, O'Brien KH, Liu RT, Klonsky ED. Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. Arch Suicide Res 2016;20(3):476-82. http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2015.1095688

121. Gothelf D, Apter A, Brand-Gothelf A, Offer N, Ofek H, Tyano S*, et al.* Death concepts in suicidal adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37(12):1279-86. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199812000-00011

122. Cuddy-Casey M, Orvaschel H. Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. Clin Psychol Rev 1997;17(1):33-45. http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00044-x

123. Lazar A, Torney-Purta J. The development of the subconcepts of death in young children: a short-term longitudinal study. Child Dev 1991;62(6):1321-33. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01608.x

124. Mishara BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. Suicide Life Threat Behav 1999;29(2):105-18.

125. Levillain-Danjou A. L'enfant et la mort, un tabou pour l'adulte. Jusqu'à la mort accompagner la vie 2013;114(3):13-27.

126. Petot D. Les idées suicidaires chez les enfants de six ans : leur réalité et leur expression au test de Rorschach. Eur Rev Appl Psychol 2005;55(4):267-76. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.03.004

127. Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Grøholt B. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: a psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012;6:1. http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-1

128. Freuchen A, Grøholt B. Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: an examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. Clin Child Psychol Psychiatry 2015;20(2):194-206. http://dx.doi.org/10.1177/1359104513504312

129. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review. Suicide Life Threat Behav 2012;42(5):507-24. http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x

130. Bridge JA, Marcus SC, Olfson M. Outpatient care of young people after emergency treatment of deliberate self-harm. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51(2):213-22.e1. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.11.002

131. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 2):70-4.

132. Wilson JM, Jungner G, Organisation mondiale de la santé. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève: OMS; 1970. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41503/WHO_PHP_34_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

133. Rotheram-Borus MJ, Bradley J. Triage model for suicidal runaways. Am J Orthopsychiatry 1991;61(1):122-7. http://dx.doi.org/10.1037/h0079228

134. Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush S, Sanchez V, Cho H, Steckler A. Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings. Am J Public Health 2006;96(2):282-7.

135. Goldston DB. Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents. Washington: American Psychological Association; 2003.

136. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. J Adolesc Health 2003;33(6):436-57. http://dx.doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00052-1

137. King CA, Hill RM, Wynne HA, Cunningham RM. Adolescent suicide risk screening: the effect of communication about type of follow-up on adolescents' screening responses. J Clin Child Adolesc Psychol 2012;41(4):508-15. http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.680188

138. Reynolds WM, Mazza JJ. Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. Sch Psych Rev 1999;28(1):17-30. http://dx.doi.org/10.1080/02796015.1999.12085945

139. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS): manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 1988.

140. Prinstein MJ, Nock MK, Spirito A, Grapentine WL. Multimethod assessment of suicidality in adolescent psychiatric inpatients: preliminary results. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(9):1053-61. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200109000-00014

141. Reynolds WM. Suicidal ideation questionnaire (SIQ). Odessa: Psychological Assessment Resources; 1987.

142. King CA, Hovey JD, Brand E, Wilson R, Ghaziuddin N. Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(1):85-93. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199701000-00021

143. Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(12):1506-14. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199912000-00011

144. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S*, et al.* Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics 2001;107(5):1133-7. http://dx.doi.org/10.1542/peds.107.5.1133

145. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL*, et al.* Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med 2012;166(12):1170-6. http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276

146. Labelle R, Daigle MS, Pronovost J, Marcotte D. Etude psychométrique d'une version française du « Suicide Probability Scale » auprès de trois populations distinctes. Psychol Psychometr 1998;19(1):5-26.

147. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I). Conception d'un test et validation de son usage. Rev Prat Méd Gen 2004;18(650-651):576-80.

148. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II). Audit clinique auprès de généralistes des Deux-Sèvres. Rev Prat Méd Gen 2004;18(652-653):641-5.

149. Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, Robin S, Gicquel L, *et al.* Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychiatry 2018;12(4):637-44. http://dx.doi.org/10.1111/eip.12352

150. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, Tudrej B, Ingrand P*, et al.* Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. Early Interv Psychiatry 2020;14(1):80-6. http://dx.doi.org/10.1111/eip.12828

151. Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. Suicide Life Threat Behav 2006;36(6):614-37. http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.614

152. Gordis L. Epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2004.

153. Hoff LA. People in crisis: understanding and helping. 3rd ed. Redwood City: Addison Wesley Longman; 1989.

154. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J*, et al.* Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293(13):1635-43. http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.13.1635

155. Shaffer D, Gould M. Suicide prevention in schools. Dans: Hawton K, van Heeringen K, ed. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley and Sons; 2000. p. 645-60.

156. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M*, et al.* Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996;53(4):339-48. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012

157. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G*, et al.* School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Lancet 2015;385(9977):1536-44. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7

158. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabí S*, et al.* Suicide prevention for youth: a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health 2012;12:776. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-776

159. Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs JA*, et al.* Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. Eur Child Adolesc Psychiatry 2014;23(7):611-20. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0490-y

160. Suicide Prevention Resource Center. SOS Signs of Suicide Middle School and High School Prevention Programs. Oklahoma City: SPRC; 2016. https://www.sprc.org/sites/default/files/SOS%20Signs%20of%20Suicide%20Middle%20School%20and%20High%20School%20Prevention%20Programs.pdf

161. Jacobs DG, Brewer M, Klein-Benheim M. Suicide assessment: overview and recommended protocol. Dans: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass; 1999. p. 3-39.

162. Aseltine RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health 2004;94(3):446-51.
http://dx.doi.org/10.2105/ajph.94.3.446

163. Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health 2007;7:161.
http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-7-161

164. Schilling EA, Aseltine RH, James A. The SOS Suicide Prevention Program: further evidence of efficacy and effectiveness. Prev Sci 2016;17(2):157-66.
http://dx.doi.org/10.1007/s11121-015-0594-3

165. Miller DN, Eckert TL, Mazza JJ. Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. Sch Psychol Rev 2009;38(2):168-88.
http://dx.doi.org/10.1080/02796015.2009.12087830

166. Joint Commission. National Patient Safety Goal for suicide prevention. Updated may 6, 2019. R3 Report 2018;(18).

167. American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, Dolan MA, Mace SE. Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system. Pediatrics 2006;118(4):1764-7.
http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-1925

168. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(4):495-9.

169. U.S. Preventive Services Task Force, O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2013;158(10):741-54.
http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642

170. Rhodes AE, Khan S, Boyle MH, Tonmyr L, Wekerle C, Goodman D, *et al.* Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of help-seeking behaviour. Can J Psychiatry 2013;58(5):274-82.
http://dx.doi.org/10.1177/070674371305800504

171. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002;159(6):909-16.
http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909

172. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. Curr Opin Pediatr 2009;21(5):620-7.
http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283307a89

173. King CA, O'Mara RM, Hayward CN, Cunningham RM. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. Acad Emerg Med 2009;16(11):1234-41.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00500.x

174. U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. Washington: HHS; 2001.

175. U.S. Surgeon General, National Action Alliance for Suicide Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington: HHS; 2012.
https://www.hhs.gov/sites/default/files/national-strategy-for-suicide-prevention-overview.pdf

176. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention implementation assessment report. Rockville: SAMHSA; 2017.
https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma17-5051.pdf

177. Ballard ED, Stanley IH, Horowitz LM, Pao M, Cannon EA, Bridge JA. Asking youth questions about suicide risk in the pediatric emergency department: results from a qualitative analysis of patient opinions. Clin Pediatr Emerg Med 2013;14(1):20-7.
http://dx.doi.org/10.1016/j.cpem.2013.01.001

178. Ballard ED, Horowitz LM, Jobes DA, Wagner BM, Pao M, Teach SJ. Association of positive responses to suicide screening questions with hospital admission and repeated emergency department visits in children and adolescents. Pediatr Emerg Care 2013;29(10):1070-4.
http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182a5cba6

179. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. Pediatr Emerg Care 2015;31(2):88-94.
http://dx.doi.org/10.1097/pec.0000000000000225

180. Horowitz LM, Bridge JA, Pao M, Boudreaux ED. Screening youth for suicide risk in medical settings. Time to ask questions. Am J Prev Med 2014;47(3 Suppl 2):S170-5.
http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.002

181. King CA, Berona J, Czyz E, Horwitz AG, Gipson PY. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015;25(2):100-8.
http://dx.doi.org/10.1089/cap.2014.0049

182. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, *et al.* A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry 1997;54(9):877-85.
http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830210125017

183. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33(8):1087-97.
http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199410000-00004

184. Carlson GA, Asarnow JR, Orbach I. Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. New Dir Child Dev 1994;(64):93-107.
http://dx.doi.org/10.1002/cd.23219946408

185. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, *et al.* Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry 1988;45(6):581-8.
http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800300079011

186. Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus,

19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

187. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(4):386-405. http://dx.doi.org/10.1097/01.Chi.0000046821.95464.Cf

188. Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depress Anxiety 2013;30(10):1030-45. http://dx.doi.org/10.1002/da.22114

189. Hooven C, Herting JR, Snedker KA. Long-term outcomes for the promoting CARE suicide prevention program. Am J Health Behav 2010;34(6):721-36. http://dx.doi.org/10.5993/ajhb.34.6.8

190. Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, *et al.* Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. J Consult Clin Psychol 2008;76(1):104-15. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.104

191. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, *et al.* What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91. http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004

192. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. J Exp Criminol 2011;7(1):27-56. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1007/s11292-010-9109-1

193. Isensee B, Hanewinkel R. Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. Eur Addict Res 2012;18(3):110-5. http://dx.doi.org/10.1159/000335085

194. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, *et al.* An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1989;79(1):19-26. http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb09229.x

195. Audouard-Marzin Y, Kopp-Bigault C, Scouarnec P, Walter M. General practitioners training about suicide prevention and risk: a systematic review of literature. Presse Méd 2019;48(7-8 Pt 1):767-79. http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2019.05.028

196. Milner A, Witt K, Pirkis J, Hetrick S, Robinson J, Currier D, *et al.* The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2017;210:294-302. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.035

197. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, *et al.* Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293(3):311-9. http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.3.311

198. Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust 2001;174(5):222-6. http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143241.x

199. Silverman MM, Berman AL. Suicide risk assessment and risk formulation. Part I: a focus on suicide ideation in assessing suicide risk. Suicide Life Threat Behav 2014;44(4):420-31. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12065

200. Berman AL, Silverman MM. Suicide risk assessment and risk formulation. Part II: Suicide risk formulation and the determination of levels of risk. Suicide Life Threat Behav 2014;44(4):432-43. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12067

201. Walter M. La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. Actual Doss Santé Publique 2003;(45):25-30.

202. Shea SC, Terra JL, Seguin M. Evaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011.

203. Klaus NM, Mobilio A, King CA. Parent-adolescent agreement concerning adolescents' suicidal thoughts and behaviors. J Clin Child Adolesc Psychol 2009;38(2):245-55. http://dx.doi.org/10.1080/15374410802698412

204. Simon RI, Hales RE. The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2012.

205. Thompson R, Henkel V, Coyne JC. Suicidal ideation in primary care: ask a vague question, get a confusing answer [letter]. Psychosom Med 2004;66(3):455-6. http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000127691.46148.2b

206. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: ANAES; 1998. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271908/fr/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide

207. Pettit JW, Buitron V, Green KL. Assessment and management of suicide risk in children and adolescents. Cogn Behav Pract 2018;25(4):460-72. http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.04.001

208. Goldston DB, Compton JS. Adolescent suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors and risk. Dans: Mash EJ, Barkley RA, ed. Assessment of children disorders. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2007. p. 305-43.

209. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(7 Suppl):24S-51S. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003

210. Shea SC. The interpersonal art of suicide assessment. Dans: Simon RI, Hales RE, ed. The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2012. p. 29-56.

211. Séguin M, Terra JL. Formation à l'intervention de crise suicidaire. Manuel du formateur. Paris: Ministère de la santé et de la protection sociale; 2004.

212. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux Urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Rev Med Suisse 2010;(259):1555-7.

213. Lebel G, Ste-Marie R, Boudrias N, Montreuil M. Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS). Montréal: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2018.
https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf

214. Collège national des universitaires de psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e ed. révisée. Tours: Presses Universitaires François-Rabelais; 2016.
http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-psy-addicto-AESP.pdf

215. American Association of Suicidology. Recognizing and Responding to Suicide Risk in Primary Care (RRSR-PC). Washington: AAS; 2009.
https://suicidology.org/wp-content/uploads/2020/01/RRSR-PC-Brochure-FINAL-7-27-2009.pdf

216. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M*, et al.* Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. Suicide Life Threat Behav 2006;36(3):255-62.
http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255

217. Vandevoorde J. Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. J Pédiatr Puér 2015;28(4):197-204.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jpp.2015.06.005

218. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G*, et al.* Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York: New York State Psychiatric Institute; 2008.
http://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf

219. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess 2007;19(3):309-17.
http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309

220. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(3-4):372-94.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

221. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:237-66.
http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095323

222. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M*, et al.* Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. BMJ 2020;368:m575.
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m575

223. Leon SL, Cloutier P, BéLair MA, Cappelli M. Media coverage of youth suicides and its impact on paediatric mental health emergency department presentations. Healthc Policy 2014;10(1):97-107.

224. Hawton K, Hill NT, Gould M, John A, Lascelles K, Robinson J. Clustering of suicides in children and adolescents. Lancet Child Adolesc Health 2020;4(1):58-67.
http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642(19)30335-9

225. Gould MS, Petrie K, Kleinman MH, Wallenstein S. Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. Int J Epidemiol 1994;23(6):1185-9.
http://dx.doi.org/10.1093/ije/23.6.1185

226. Robinson J, Too LS, Pirkis J, Spittal MJ. Spatial suicide clusters in Australia between 2010 and 2012: a comparison of cluster and non-cluster among young people and adults. BMC Psychiatry 2016;16:417.
http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1127-8

227. Kingsbury SJ. Clinical components of suicidal intent in adolescent overdose. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(3):518-20.
http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199305000-00005

228. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. Evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry 2005;62(4):427-32.
http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.427

229. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015;50(4):525-37.
http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x

230. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. Int J Eat Disord 2004;36(1):99-103.
http://dx.doi.org/10.1002/eat.20011

231. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S*, et al.* The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system. A systematic review and meta-analysis. Medicine 2016;95(7):e2622.
http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622

232. Evans R, White J, Turley R, Slater T, Morgan H, Strange H*, et al.* Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: systematic review and meta-analysis of prevalence. Child Youth Serv Rev 2017;82:122-9.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.020

233. Ridge Anderson A, Keyes GM, Jobes DA. Understanding and treating suicidal risk in young children. Pract Innov 2016;1(1):3-19.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1037/pri0000018

234. Sarkar M, Byrne P, Power L, Fitzpatrick C, Anglim M, Boylan C*, et al.* Are suicidal phenomena in children different to suicidal phenomena in adolescents? A six-year review. Child Adolesc Ment Health 2010;15(4):197-203.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00567.x

235. Janiri D, Doucet GE, Pompili M, Sani G, Luna B, Brent DA*, et al.* Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. Lancet Psychiatry 2020;7(4):317-26.
http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30049-3

236. American Foundation for Suicide Prevention. Today's suicide attempter could be tomorrow's suicide [poster]. New York: AFSP; 1999.

237. Séguin M, Chawky N. Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7. Guide du formateur. 3e ed. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2015.

238. Litman R. Suicides: what do they have in mind? Dans: Jacobs D, Brown H, ed. Suicide: understanding and responding. Madison: International Universities Press; 1990. p. 143-56.

239. Eltz M, Evans AS, Celio M, Dyl J, Hunt J, Armstrong L, *et al.* Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients. Child Psychiatry Hum Dev 2007;38(1):17-29.
http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0040-7

240. Huth-Bocks AC, Kerr DC, Ivey AZ, Kramer AC, King CA. Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(3):387-95.
http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31802b9535

241. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979;47(2):343-52.
http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343

242. de Man AF, Balkou ST, Iglesias RI. A French-Canadian adaptation of the Scale for Suicide Ideation. Can J Behav Sci 1987;19(1):50-5.

243. Pettit JW, Garza MJ, Grover KE, Schatte DJ, Morgan ST, Harper A, *et al.* Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. Depress Anxiety 2009;26(8):769-74.
http://dx.doi.org/10.1002/da.20575

244. Horwitz AG, Czyz EK, King CA. Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. J Clin Child Adolesc Psychol 2015;44(5):751-61.
http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.910789

245. National Institute for Health and Clinical Excellence. Self-harm in over 8s: long-term management. London: NICE; 2011.
https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/selfharm-in-over-8s-longterm-management-pdf-35109508689349

246. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, van Rossem R, Graae F, Cantwell C, Castro-Blanco D, *et al.* Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35(5):654-63.
http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199605000-00021

247. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington: APA; 2003.
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

248. European Psychiatric Association, Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, *et al.* The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry 2012;27(2):129-41.
http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003

249. Walter M, Vaiva G. Centres de crise et unités pour jeunes suicidants. Dans: Courtet P, ed. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2010. p. 274-7.

250. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, *et al.* Using data mining to explore complex clinical decisions: a study of hospitalization after a suicide attempt. J Clin Psychiatry 2006;67(7):1124-32.
http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v67n0716

251. Debien C, Vaiva G. Urgences psychiatriques et problématiques suicidaires : un rendez-vous à ne pas manquer. Dans: Courtet P, ed. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2010. p. 265-9.

252. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, *et al.* Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96.
http://dx.doi.org/10.1001/jama.297.15.1683

253. Hunt IM, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. BMC Psychiatry 2010;10:14.
http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-10-14

254. Stephan F, Le Galudec M, Walter M. Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? Conférences psychiatrie 2 : troubles psychiatriques – critères d'hospitalisation. Dans: Urgences 2011. Palais des congrès de la Porte Maillot, 8, 9 et 10 juin 2011. 5ème congrès de la Société française de médecine d'urgence. Paris: SFMU; 2011. p. 43-54.
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Quels_sont_les_criteres_d_hospitalisation_en_psychiatrie_des_patients_suicidants.pdf

255. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner TE. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. J Clin Psychol 2006;62(2):243-51.
http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20227

256. Welniarz B, Medjdoub H. L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantojuvénile : un état des lieux. Neuropsychiatr Enf Adolesc 2007;55(7):401-6.

257. Moro MR, Brison JL, Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Mission bien-être et santé des jeunes. Paris: Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; 2016.
https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518

258. Ayoun P. L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie. Info Psy 2008;84(7):701-7.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3917/inpsy.8407.0701

259. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France, Plancke L, Amariei A, Pastureau D. Les adolescents dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte. Premiers résultats de l'audit croisé. Lille: F2RSMPsy; 2018.
https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18888.pdf

260. Ministère des affaires sociales et de la santé, Défenseur des droits. Usagers de la santé, votre santé, vos droits. Fiche

13. Les soins aux personnes mineures. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_13.pdf

261. Lieberman DZ, Resnik HL, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. Suicide Life Threat Behav 2004;34(4):448-53.
http://dx.doi.org/10.1521/suli.34.4.448.53740

262. Observatoire régional de santé de Bretagne. Les hospitalisations pour tentative de suicide des 15-24 ans en Bretagne. Rennes: ORS Bretagne; 2007.
https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/files/hospitalisations_pour_ts_des_1524_ans_en_bretagne.pdf

263. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA 2005;294(5):563-70.
http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.5.563

264. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J*, et al.* Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(10):1005-13.
http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe

265. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. Cogn Behav Pract 2012;19(2):256-64.

266. Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL. Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. Am J Public Health 2015;105(8):1570-2.
http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2015.302656

267. Labouliere CD, Stanley B, Lake AM, Gould MS. Safety planning on crisis lines: feasibility, acceptability, and perceived helpfulness of a brief intervention to mitigate future suicide risk. Suicide Life Threat Behav 2020;50(1):29-41.
http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12554

268. Melvin GA, Gresham D, Beaton S, Coles J, Tonge BJ, Gordon MS*, et al.* Evaluating the feasibility and effectiveness of an australian safety planning smartphone application: a pilot study within a tertiary mental health service. Suicide Life Threat Behav 2019;49(3):846-58.
http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12490

269. Buus N, Juel A, Haskelberg H, Frandsen H, Larsen JL, River J*, et al.* User involvement in developing the MYPLAN mobile phone safety plan app for people in suicidal crisis: case study. JMIR Ment Health 2019;6(4):e11965.
http://dx.doi.org/10.2196/11965

270. Alavi A, Sharifi B, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. Iran J Pediatr 2013;23(4):467-72.

271. Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT*, et al.* Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(10):997-1004.
http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5db66

272. Breton JJ, Raymond S, Balan B, Huynh C, Labelle R, Renaud J*, et al.* A suicide safety plan for depressed and suicidal adolescents [abstract]. World Psychiatric Association International Congress, Cape Town, South Africa, 18-22 november 2016.

273. Labelle R, Bibaud-de Serres A, Leblanc FO. Innovating to treat depression and prevent suicide: the IPhone @PSY ASSISTANCE application. Dans: Mishara BL, Kerkhof AJ, ed. Suicide prevention and new technologies. London: Palgrave Macmillan; 2013. p. 166-80.

274. Garny de la Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N*, et al.* Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. Neuropsychiatr Enf Adolesc 2017;65(1):5-13.
http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.12.005

275. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL*, et al.* Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry 2018;75(9):894-900.
http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

276. Taylor EA, Stansfeld SA. Children who poison themselves. II. Prediction of attendance for treatment. Br J Psychiatry 1984;145:132-5.
http://dx.doi.org/10.1192/bjp.145.2.132

277. Trautman PD, Stewart N, Morishima A. Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(1):89-94.
http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199301000-00013

278. Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, Alvin P. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 2001;104(1):31-6.
http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00297.x

279. Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: the 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. J Adolesc 2015;43:111-8.
http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.011

280. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N*, et al.* Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. Arch Pédiatr 2013;20(6):608-15.
http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2013.03.024

281. Piacentini J, Rotheram-Borus MJ, Gillis JR, Graae F, Trautman P, Cantwell C*, et al.* Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. J Consult Clin Psychol 1995;63(3):469-73.
http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.469

282. Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. Deliberate self harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. J Affect Disord 2002;70(1):57-65.
http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00317-2

283. Burns CD, Cortell R, Wagner BM. Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47(8):948-57.
http://dx.doi.org/10.1097/CHI.Ob013e3181799e84

284. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob CS, Devich-Navarro M, Suddath R*, et al.* An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. Psychiatr Serv 2011;62(11):1303-9.
http://dx.doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303

285. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol 2000;68(6):1081-93. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1081

286. Silverman MM, Maris RW. The prevention of suicidal behaviors: an overview. Suicide Life Threat Behav 1995;25(1):10-21. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1995.TB00389.X

287. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(12):1260-71. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.009

288. Christensen H, Calear AL, van Spijker B, Gosling J, Petrie K, Donker T, *et al.* Psychosocial interventions for suicidal ideation, plans, and attempts: a database of randomised controlled trials. BMC Psychiatry 2014;14:86. http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-14-86

289. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. J Clin Child Adolesc Psychol 2015;44(1):1-29. http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.945211

290. Glenn CR, Esposito EC, Porter AC, Robinson DJ. Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. J Clin Child Adolesc Psychol 2019;48(3):357-92. http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281

291. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Rosenbaum Asarnow J. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(2):97-107.e2. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

292. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, *et al.* A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016;25(5):467-82. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4

293. Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, *et al.* A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide- related behavior in young people. Crisis 2013;34(3):164-82. http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000168

294. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.

295. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2016;3(6):544-54. http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00064-x

296. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: The Guilford Press; 2007.

297. Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. Theoretical and practical underpinnings. Dans: Gross JJ, ed. Handbook of emotion regulation. New York: The Guilford Press; 2007. p. 581-605.

298. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, *et al.* Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53(10):1082-91. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003

299. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, *et al.* Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55(4):295-300. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005

300. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, *et al.* Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2018;75(8):777-85. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

301. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. Ottawa: CADTH; 2009. https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/M0005_Dialectical_Behaviour_Therapy_Adolescents_Suicide_Prevention%20_L3_e.pdf

302. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry 2004;61(6):577-84. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577

303. Jacobson CM, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents adapted for self-injury (IPT-ASI): rationale, overview, and case summary. Am J Psychother 2012;66(4):349-74. http://dx.doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.4.349

304. Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. Psychiatry Clin Neurosci 2009;63(4):463-70. http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x

305. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BDP. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.

306. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51(12):1304-13.e3. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018

307. Hetrick SE, Yuen HP, Bailey E, Cox GR, Templer K, Rice SM, *et al.* Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial. Evid Based Ment Health 2017;20(3):76-82. http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102719

308. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yung A, Yuen HP, *et al.* The development of a randomised controlled trial

testing the effects of an online intervention among school students at risk of suicide. BMC Psychiatry 2014;14:155. http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-14-155

309. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yuen HP, Yung A*, et al.* Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. Early Interv Psychiatry 2016;10(1):28-35. http://dx.doi.org/10.1111/eip.12137

310. Högberg G, Hällström T. Mood regulation focused CBT based on memory reconsolidation, reduced suicidal ideation and depression in youth in a randomised controlled study. Int J Environ Res Public Health 2018;15(5):921. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15050921

311. Esposito-Smythers C, Spirito A, Kahler CW, Hunt J, Monti P. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. J Consult Clin Psychol 2011;79(6):728-39. http://dx.doi.org/10.1037/a0026074

312. Spirito A, Wolff JC, Seaboyer LM, Hunt J, Esposito-Smythers C, Nugent N*, et al.* Concurrent treatment for adolescent and parent depressed mood and suicidality: feasibility, acceptability, and preliminary findings. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015;25(2):131-9. http://dx.doi.org/10.1089/cap.2013.0130

313. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(2):113-20. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003

314. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. Dans: Dobson KS, ed. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd edition. New York: The Guilford Press; 2010. p. 197-225. https://ravannews.com/wp-content/uploads/HANDBOOK-of-Cognitive-Behavioral-Th-erapies.pdf

315. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. Cogn Ther Res 2008;32:227-45. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-007-9172-8

316. Fitzpatrick KK, Witte TK, Schmidt NB. Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation. Behav Ther 2005;36(4):323-33. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80114-5

317. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. Suicide Life Threat Behav 1994;24(4):382-94.

318. Xavier A, Otero P, Blanco V, Vázquez FL. Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: randomized controlled trial. Suicide Life Threat Behav 2019;49(6):1746-61. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12568

319. Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J*, et al.* Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. BMJ 2011;342:d682. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d682

320. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(11):1246-53. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200111000-00003

321. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G*, et al.* Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(6):662-70. http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181aOacec

322. Wood A, Trainor G. Developmental group psychotherapy for adolescents. A manual for mental health professionals. Manchester: University of Manchester; 2001.

323. King CA, Kramer A, Preuss L, Kerr DC, Weisse L, Venkataraman S. Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents (version 1): a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2006;74(1):199-206. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.74.1.199

324. King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: a randomized controlled intervention trial. J Consult Clin Psychol 2009;77(5):880-93. http://dx.doi.org/10.1037/a0016552

325. Miller KE, King CA, Shain BN, Naylor MW. Suicidal adolescents' perceptions of their family environment. Suicide Life Threat Behav 1992;22(2):226-39.

326. Pfeffer CR. The suicidal child. New York: The Guilford Press; 1986.

327. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L*, et al.* Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. Acta Psychiatr Scand 1994;89(1):52-8. http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01485.x

328. Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V*, et al.* Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37(5):512-8.

329. Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S*, et al.* Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2018;5(3):203-16. http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30058-0

330. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(8):851-62. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015

331. Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG*, et al.* Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(2):183-90. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014

332. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. J Clin Child Adolesc Psychol 2015;44(1):194-203. http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.940624

333. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(6):506-14.

http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015

334. Diamond GM. Attachment-based family therapy interventions. Psychotherapy 2014;51(1):15-9. http://dx.doi.org/10.1037/a0032689

335. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, *et al.* Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49(2):122-31. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006

336. Diamond GS, Kobak RR, Krauthamer Ewing ES, Levy SA, Herres JL, Russon JM, *et al.* A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2019;58(7):721-31. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006

337. King CA, Arango A, Ewell Foster C. Emerging trends in adolescent suicide prevention research. Curr Opin Psychol 2018;22:89-94. http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.037

338. Cipriani A, Zhou X, del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, *et al.* Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 2016;388(10047):881-90. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30385-3

339. van Heeringen K. Stress-diathesis model of suicidal behavior. Dans: Dwivedi Y, ed. The neurobiological basis of suicide. Boca Raton: CRC Press; 2012.

340. U.S. Food and Drug Administration. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. Silver Spring: FDA; 2004.

341. Deniau E, Cohen D. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent : revue des controverses récentes. Psychiatr Sci Hum Neurosci 2007;5:109-16. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1007/s11836-007-0023-1

342. Benarous X, Cravero C, Cohen D. Prescription d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents. Encycl Méd Chir Psychiatrie 2018;37-209-A-30.

343. Valuck RJ, Libby AM, Sills MR, Giese AA, Allen RR. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study. CNS Drugs 2004;18(15):1119-32. http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200418150-00006

344. Olfson M, Marcus SC, Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults. A case-control study. Arch Gen Psychiatry 2006;63(8):865-72. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.865

345. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. Arch Gen Psychiatry 2006;63(12):1358-67. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.12.1358

346. Hall WD, Lucke J. How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? Aust N Z J Psychiatry 2006;40(11-12):941-50. http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01917.x

347. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;346:f3646. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3646

348. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, *et al.* The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. Am J Psychiatry 2018;175(2):150-8. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040472

349. Kim S, Rush BS, Rice TR. A systematic review of therapeutic ketamine use in children and adolescents with treatment-resistant mood disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01542-3

350. Dwyer JB, Beyer C, Wilkinson ST, Ostroff RB, Qayyum Z, Bloch MH. Ketamine as a treatment for adolescent depression: a case report [letter]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(4):352-4. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.006

351. George MS, Lisanby SH, Avery D, McDonald WM, Durkalski V, Pavlicova M, *et al.* Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. Arch Gen Psychiatry 2010;67(5):507-16. http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.46

352. Williams NR, Sudheimer KD, Bentzley BS, Pannu J, Stimpson KH, Duvio D, *et al.* High-dose spaced theta-burst TMS as a rapid-acting antidepressant in highly refractory depression [letter]. Brain 2018;141(3):e18. http://dx.doi.org/10.1093/brain/awx379

353. Donaldson AE, Gordon MS, Melvin GA, Barton DA, Fitzgerald PB. Addressing the needs of adolescents with treatment resistant depressive disorders: a systematic review of rTMS. Brain Stimul 2014;7(1):7-12. http://dx.doi.org/10.1016/j.brs.2013.09.012

354. Croarkin PE, Nakonezny PA, Deng ZD, Romanowicz M, Voort JL, Camsari DD, *et al.* High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression. J Affect Disord 2018;239:282-90. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.048

355. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2017;51:30-47. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005

356. Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, Larsen ME, *et al.* Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet Digit Health 2020;2(1):e25-e36. http://dx.doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2

357. Karyotaki E, Kleiboer A, Smit F, Turner DT, Pastor AM, Andersson G, *et al.* Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. Psychol Med 2015;45(13):2717-26. http://dx.doi.org/10.1017/s0033291715000665

358. Vaiva G, Debien C, Jardon V, Pauwels N, Duhem S, Notredame CE. Comment prévenir la récidive après une

tentative de suicide : garder le lien. Rev Prat 2020;70(1):49-54.

359. Kapur N, Cooper J, Bennewith O, Gunnell D, Hawton K. Postcards, green cards and telephone calls: therapeutic contact with individuals following self-harm. Br J Psychiatry 2010;197(1):5-7.
http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072496

360. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005;187:186-7.
http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.2.186

361. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A*, et al.* Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. BMJ 2006;332(7552):1241-5.
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7552.1241

362. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv 2001;52(6):828-33.
http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828

363. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, d'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ 2005;331(7520):805.
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38579.455266.E0

364. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P*, et al.* SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. BMC Psychiatry 2014;14:294.
http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0294-8

365. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. Br J Psychiatry 2015;206(3):184-90.
http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819

366. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T*, et al.* Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. J Affect Disord 2015;175:66-78.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048

367. Robinson J, Yuen HP, Gook S, Hughes A, Cosgrave E, Killackey E*, et al.* Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial. Early Interv Psychiatry 2012;6(2):145-52.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00334.x

368. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. J Adolesc 1995;18(5):569-77.

369. Vaiva G, Berrouiguet S, Walter M, Courtet P, Ducrocq F, Jardon V*, et al.* Combining postcards, crisis cards, and telephone contact into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: a randomized clinical trial of a personalized brief contact intervention. J Clin Psychiatry 2018;79(6):17m11631.
http://dx.doi.org/10.4088/JCP.17m11631

370. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, *et al.* ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. BMC Psychiatry 2011;11:1.
http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-11-1

371. Messiah A, Notredame CE, Demarty AL, Duhem S, Vaiva G. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. PLoS One 2019;14(2):e0210778.
http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0210778

372. Plancke L, Amariei A, Danel T, Debien C, Duhem S, Notredame CE*, et al.* Effectiveness of a French program to prevent suicide reattempt (VigilanS). Arch Suicide Res 2020:1-12.
http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2020.1735596

373. Guillon MS, Badoc R. Prévention du risque suicidaire. Un dispositif de recontact téléphonique. Gest Hosp 2017;(567):358.

Participants

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

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

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

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

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

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

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

Association nationale des assistants de service social (ANAS)

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

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

Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)*

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

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

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

Collège de la médecine générale (CMG)*

Collège infirmier français

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

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

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

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

Conseil national professionnel de psychiatrie*

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

Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)*

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

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

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

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

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

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

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

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

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

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

Société française de psychologie (SFP)

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

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

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

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

Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)*

Union nationale des associations familiales (UNAF)

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

Groupe de travail

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

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

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

Dr Laure Angladette, psychiatre, Bouffemont

Pr Philippe Binder, médecin généraliste, Lussant

Mme Armelle Boisivon, représentante des usagers, Paris

Pr Guillaume Bronsard, pédopsychiatre, Brest

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

Dr Yvon Dubois, pédopsychiatre, Marseille et Rousset

Dr Louise-Émilie Dumas, pédopsychiatre, Nice

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

Dr Marc Fillatre, psychiatre, Tours

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

Pr Priscille Gerardin, pédopsychiatre, Rouen

Dr Fabienne Ligier, pédopsychiatre, Laxou

Dr Solène Loschi, pédiatre, urgence pédiatrique, Paris

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

M. François Pacaud, psychologue, Lille

Dr Georges Picherot, pédiatre, Nantes

Pr Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre, Montpellier

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

Mme Chantal Roussy, représentante des usagers, Paris

Dr Catherine Salinier-Rolland, pédiatre, Gradignan

Dr Gérard Shadili, pédopsychiatre, Paris

Dr David Soffer, psychiatre, Marseille

Groupe de lecture

Pr Christian Baudelot, sociologue, Paris

Dr Xavier Benarous, pédopsychiatre, Amiens

Dr Maurice Bensoussan, psychiatre, Colomiers

Dr Sylvain Berdah, pédopsychiatre, Paris

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

Mme Pauline Blum, postdoctorante en sociologie, Paris

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

Dr Hélène Buchoul, psychiatre, Nantes

Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, Paris

Dr Catherine Chollets-Fouks, pédopsychiatre, Toulouse

Dr Nathalie de Kernier, psychologue, Paris

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

Dr Alice Deschenau, psychiatre, Villejuif

Pr Philippe Duverger, pédopsychiatre, Angers

Dr Marielle Fischer-Janny, pédopsychiatre, Nancy

Dr Hélène Fitzgerald, médecin retraitée, Rueil-Malmaison

Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers

Dr Marc Grohens, psychiatre, Corbeil-Essonnes

Pr Fabian Guenolé, pédopsychiatre, Caen

Pr Jean-Marc Guile, pédopsychiatre, Amiens

Dr Julie Halimi, pédopsychiatre, Bayonne

Dr Nicole Hastier-Gouin, pédiatre, Le Havre

M. Loik Jousni, psychologue, Brest

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

Dr Camille Lepine, médecin généraliste, Strasbourg

Dr Sophie Mailloux, médecin généraliste, Thou

Dr Nassir Messaadi, médecin généraliste, Lille

Dr Marie Moreliere, médecin généraliste, Meulan

Mme Margot Morgieve, sociologue, Lille

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

Dr Jérôme Pradere, pédopsychiatre, Argenteuil

Mme Marie-Jeanne Richard, représentante d'usagers

M. Patrick Salaün, représentant des parents d'élèves

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

Pr Chantal Stheneur, pédiatre, Varennes-Jarcy

Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen

Pr Sylvie Tordjman, pédopsychiatre, Rennes

Pr Guillaume Vaiva, psychiatre, Lille

Dr Andreas Werner, pédiatre, Villeneuve-lès-Avignon

Dr Elie Winter, psychiatre, Paris

Mme Julie Woerlé, éducatrice spécialisée, Kourou

Remerciements

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

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – septembre 2021 – ISBN : 978-2-11-162646-1