



Comment évaluer le risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent aux urgences ?

Dr Elise MAMIMOUÉ

Pédopsychiatre

CHU Lyon, Hôpital Femme Mère Enfant

Service psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent



Quelques questions cliniques



Telma 14 ans et 6 mois

- Amenée la nuit aux U par sa mère pour « crise d'agitation avec hétéro-agressivité »
- Mère apporte des difficultés de comportement notamment « lorsque je lui enlève son téléphone portable ». A priori se « taperait la tête contre les murs ». Ce qui amène aux urgences: mère aurait interdit Telma de sortir, qui aurait forcé le passage en bousculant sa mère, Mme l'a frappée en retour, intervention des travailleuses sociales du foyer. Demande une PEC psy pour sa fille.
- Famille arrivée en France il y a 5ans, vit en foyer d'urgences, pas de père ni BP, présence d'une petite sœur de 4ans.
- Examen clinique en présence de la mère: présence de nombreuses lésions au visage, ainsi qu'un œdème périorbitaire à gauche. Pas de lésions autres.
- Que faites vous?
 - A Vous demandez un avis psychiatrique devant les troubles du comportement
 - B Vous demandez à voir la mère seule pour comprendre la situation
 - C Vous voyez seule Telma pour comprendre la situation
 - D Vous envoyer une IP au vu de la situation puis RAD avec suivi psy ambulatoire
 - E Vous faites un signalement judiciaire

Réponse B et C il faut avoir plus d'éléments

- Entretien mère: trouble du comportement depuis l'arrivée en France (colère, jet d'objet). Essaie de suivi sectoriel, mais arrêt car Telma refuse de parler. A priori premier épisode d'hétéro agressivité
 - Entretien Telma: Rapporte de la violence de la part de la mère envers elle et la sœur depuis l'enfance. La mère lui avait pris le tel sa carte de transports et l'avait mise à la rue les jours précédents. A dut attendre qu'elle « veuille ouvrir ». Ce jour dit que sa mère la frapper avec le fer à repasser car elle avait poussé le canapé sur lequel la mère était assise. Telma dit que sa mère tape sa petite sœur de plus en plus fort et quotidiennement.
- Elle se dit isolée de sa famille qui est en Angola, a des ami.e.s et se dit triste car se sent impuissante. Elle ne décrit pas d'HAV ni de volonté de faire du mal à un tier. Dit ne s'être jamais fait de mal.

- Que faites vous?

A On fait un signalement et on attend l'OPP avec un RAD

B on fait un Signalement et on attend l'OPP avec une hospitalisation

C On appel le procureur pour savoir comment on s'organise

D On demande un avis psy pour la suite

E Vous investigué la tristesse de l'humeur et la présence IDS

Réponse C et E

- Avant avis psy: notions de « **tristesse** » et d'« **impuissance** », sur une situation qui perdure depuis des années=> question des IDS avec le pédiatre qui est déjà auprès de l'enfant.
- Appel au procureur pour organiser la PEC et éviter des difficultés aux urgences ou avec un RAD potentiellement dangereux pour la fille et sa sœur.

*Concrètement comment on
évalue les conduites
suicidaires?*

DÉFINITIONS

- **Idéations/idées suicidaires (IDS):** pensée et désir de **SE DONNER** la mort.
- **IDS avec suggestion de passage à l'acte imminent :** menace suicidaire
- La **vulnérabilité suicidaire** (probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen et/ou le long terme)
- **TS:** Comportement auto-infligé **AVEC INTENTION DE SE DONNER LA MORT** ≠ automutilation
Donc une UNE CONDUITE D'AUTO-MUTILATION N'EST PAS UNE TS (e prise de risque, scarification, mauvaise observance du ttt ou refus de soins si maladie grave) **MAIS SURVEILLANCE PSY+++ (suivi)**
- **Crise suicidaire:** Crise psychique + IDS=> recherche de solutions actives et actuelles pour se donner la mort ou a fait une TS mais IDS toujours envahissantes
=> **Urgence suicidaire** (probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme)

Reconnaitre une crise suicidaire

- Rechercher les facteurs de vulnérabilité psychiques et les facteurs précipitants (cf diapo suivante)
- Apprécier l'évolution de la crise suicidaire :
 - Durée: « *Depuis quand as-tu des IDS? »*
 - Intensité: « *As-tu des IDS tous les jours? Plusieurs fois/j? Ont –elles augmentées si oui depuis quand? »*

➔ **L'évaluation de l'urgence suicidaire :**

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

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

POINTS ALARMANTS A CHERCHER

- Trouble de la concentration /fléchissement scolaires;
- Absentéisme;
- Troubles du sommeil (à caractériser);
- Troubles alimentaires (à caractériser);
- Repli social;
- Perte motivation dans les activités plaisir;
- Dépression, anxiété.

Comorbidités

- Dépression
- Trouble anxieux (angoisse de séparation, attaque de panique)
- Trouble de l'identité sexuelle
- Trouble des conduites
- Trouble de la personnalité (!)
- Psychose et schizophrénie

CHERCHER UN FACTEUR DÉCLENCHANT

- **Perte** :déménagement, deuil , ami.e/famille/amour;
- **Conflits** : familles, ami.e.s, partenaire, professeurs/entraîneur...
- **Scolarité** : harcèlement, troubles des apprentissages

Mener un entretien

- Examen pédiatrique=**1^{er} contact et préparation à l'examen psychiatrique** => état G, nutrition, hygiène, sexualité/puberté, addiction, qualité de vie...
- Evaluer le niveau développemental de l'enfant : gestion des émotions, verbalisation, représentation de la mort (surtout chez les <8ans)
- Poser des questions simples et de manière directe :
« As-tu déjà eu envie de te donner la mort? », « Sait tu ce que ça veut dire? », « Comment pense/pensais tu mourir? », « Cela fait combien de jour/semaines/mois, que tu pense à mourir? », « Tu vis quelque chose de difficile en ce moment pour vouloir y mettre fin? ».
- Maintenir un discours bienveillant, **ne pas minimiser la peine.**

Ah l'Adolescence!!!



DEPRIME

Tristesse TRANSITOIRE
Intensité légère/modéré des
symptômes
! FDR de dépression=Vigilance
sur durée et intensité

DEPRESSION

Trouble de l'humeur + trouble
du cours de la pensée +
troubles des conduites
instinctuelles + cognitions
négatives+ IDN/IDS

Repérer la souffrance

Les symptômes de la dépression à l'adolescence	
Manifestations émotionnelles intériorisées <i>(symptômes cardinaux)</i>	○ humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tristesse, abattement, instabilité de l'humeur, angoisse envahissante, agressivité, hyper-réactivité,...) ○ perte de plaisir partielle ou totale, indifférence, ennui
Manifestations cognitives internalisées	○ idées envahissantes de dévalorisation, de désespoir, culpabilité ○ indécision pathologique ○ idées de mort récurrentes ○ idées dysmorphophobiques, délires et hallucinations
Manifestations psychomotrices, physiques et instinctuelles	○ ralentissement psychomoteur envahissant et durable ○ agitation psychomotrice envahissante ○ plaintes somatiques (douleurs, sensations de malaises, malaises...) ○ conduites alimentaires particulières (anorexie, hyperphagie, boulimie) ○ trouble du sommeil durable
Manifestations externalisées sur l'environnement	○ désinvestissement scolaire ○ besoin d'un effort supplémentaire pour arriver à des performances identiques ○ hyper-investissement dans d'autres activités ou arrêt des activités de loisir ○ isolement ou évitement des relations voire opposition ○ comportements à risque en rupture avec le fonctionnement de l'adolescent

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

– Facteurs de risque :

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

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

- L'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;
- Difficultés d'ordre familial (notamment le défaut de cohésion familiale, la présence de troubles relationnels parent-enfant, de conflits intrafamiliaux, de maltraitance par négligences ou violences) ;
- L'existence d'un harcèlement par les pairs ;
- Toutes autres violences subies psychologiques, physiques, sexuelles ;
- Les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'ASE ;

– Facteurs de protection :

- Facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire ;
- Soutien social ;
- Spiritualité et croyances religieuses ;
- Stratégies de coping : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire ;
- ➔ Appréciation de l'évolution de la crise suicidaire (durée, évolution de l'intensité des idées suicidaires, existence de facteurs précipitants, etc...) ;

Risque Urgence Dangerosité

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Bonne alliance thérapeutique	Est isolé	Est très isolé
Désire parler et est à la recherche de communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Complètement ralenti par la dépression ou au contraire dans un état d'agitation ; la souffrance et la douleur sont omniprésentes ou complètement tues
Cherche des solutions à ses problèmes	Ne voit pas d'autre recours que le suicide	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Pense au suicide sans scénario suicidaire précis	Envisage un scénario dont l'exécution est reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
Envisage encore d'autres moyens pour surmonter la crise	Envisage le suicide avec une intention claire	Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévu dans les jours qui viennent
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou au contraire, très émotif, agité ou anxieux

POINTS DE SYNTHÈSE

- Toute IDS est à évaluer
- Ne jamais sous estimer l'acte suicidaire
- Prendre en considération la psychopathologie générale
- Evaluer les comorbidité/pathologies sous jacentes,
- L'adolescent/l'enfant est dans un contexte (familiale, sociétal)
- L'examen pédiatrique amène les premiers éléments.



Quelques points de biblio

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge
- https://www.sfmuh.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/008_Delamare.pdf
- <https://www.infosuicide.org/guide/suicide-et-sa-prevention/que-faire-quoi-faire/enfant/>