



**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
**Année : 2023**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN**  
**PRATIQUE AVANCÉE**

MENTION : Santé Mentale et Psychiatrie

**Le risque suicidaire chez les adolescents : une étude rétrospective et comparative de l'impact de la période « crise sanitaire » sur l'activité de l'unité d'urgence pédopsychiatrique du Centre Hospitalier de Lens**

Présenté et soutenu publiquement le 05/07/2023 à 9h  
au Pôle Formation  
**Par Sabrina DEPEYRE**

---

**MEMBRES DU JURY :**

**Président du Jury : Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Maître de mémoire : Madame la Docteure Caroline BLOND**

**Référente infirmière : Madame Séverine BOUKLATA**

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg**  
**Avenue Eugène Avinée**  
**59120 LOOS**

# REMERCIEMENTS

---

Je souhaite remercier le Dr Caroline Blond, pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Lens et maître de mémoire, qui a guidé ce travail avec rigueur, gentillesse et une grande bienveillance à mon égard, et m'a permis d'initier une réflexion aiguisée concernant la prise en soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Je remercie le Professeur Puisieux et l'équipe pédagogique de la formation IPA de la faculté de médecine de Lille pour cette formation si enrichissante.

Je remercie Mme Pawlowski Cathy et Mme Houzieaux Jeanne, cadres de santé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CH Lens, pour l'aide apportée à la structure de ce mémoire, à son contenu, et le temps alloué pour la réalisation de celui-ci.

Je remercie la F2rsmpsy de Saint-André-lez-Lille pour le soutien qu'ils m'ont apporté et pour leur collaboration à cette recherche.

Je tiens particulièrement à remercier Manuella, Mylène, Léa, et Morgane, de l'équipe de pédopsychiatrie de Lens, non seulement pour leur aide dans la réalisation des collectes de mes données, de la formulation et de la structure de ce mémoire, mais aussi pour leur soutien, leur disponibilité et leur bonne humeur.

Je remercie l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour d'Avion qui m'a encouragée et soutenue pendant ces deux années.

Je remercie Dorothée, Karine et Léo, mes collègues de promotion, pour le soutien mutuel que nous nous sommes apporté tout au long de ces deux années.

Je remercie enfin et surtout ma famille, mes parents, mon mari et mes deux enfants sans qui ce projet n'aurait pu aboutir sans leur aide et leur soutien moral.

# TABLE DES MATIÈRES

---

● INTRODUCTION GENERALE.....	page 1
● INTRODUCTION THÉORIQUE.....	page 2
I) La période COVID 19 et ses conséquences psychiques sur les enfants et adolescents.....	page 4
II) Les conduites suicidaires.....	page 6
III) La prise en soin de la crise suicidaire chez les adolescents.....	page 13
● PROBLÉMATIQUE.....	page 18
● HYPOTHÈSES.....	page 18
● MÉTHODE.....	page 20
1. Mode de recueil des données et outil.....	page 20
2. Population étudiée.....	page 20
3. Terrain de recherche.....	page 20
4. Période étudiée.....	page 21
5. Méthodologie statistique.....	page 22
● RÉSULTATS.....	page 24
- Les motifs de prise en soin.....	page 25
- L'âge de prise en soin.....	page 26
- La comparaison « Avant »/ « Après ».....	page 27
● DISCUSSION.....	page 29
- Limites et biais de l'étude.....	page 29
- Objectif et validation des hypothèses.....	page 30
- Proposition d'actions en relation avec la pratique avancée.....	page 32
● CONCLUSION.....	page 37

# GLOSSAIRE

---

CHL :	Centre Hospitalier de Lens
IPA :	Infirmière en Pratique Avancée
ELU :	Équipe de Liaison d'Urgence
ENABEE :	Étude Nationale sur le Bien-être des Enfants
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
OSCOUR :	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
HAS :	Haute Autorité de Santé
CREHPSY :	Centre de Ressources sur le Handicap Psychique
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
BIC :	Brief Intervention and Contact
RUD :	Risque/Urgence/Danger (échelle d'évaluation du risque suicidaire)
HAD :	Hospital Anxiety and Depression scale (échelle qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs)
CAARMS :	Comprehensive Assessment of at risk mental states (détection précoce des sujets à risque de psychose)
IDS :	Idées suicidaires
TS :	Tentative de suicide – Les termes de tentative d'autolyse (TA) et de geste suicidaire sont également utilisés.

# INTRODUCTION GENERALE

---

Infirmière en psychiatrie depuis 2005 au sein du Centre Hospitalier de Lens, j'ai traversé la crise sanitaire dans un contexte de soins incertain et précurseur de questionnements. Ma prise en soins a été bouleversée par une recrudescence anxieuse de la part des patients de l'unité dans laquelle j'exerce en hôpital de jour de psychiatrie adulte au CHL.

Le service de court séjour adulte dans lequel j'ai réalisé le stage de première année de mes études d'IPA (62G14 : secteur Lens) a mis en évidence une forte présence de jeunes de 16 ans et plus, pour motif de tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes filles. Ce phénomène d'augmentation du nombre d'hospitalisations d'adolescents semblait remarquable depuis la crise sanitaire, car auparavant, la proportion de jeunes ne me paraissait pas, ni à mes collègues, si importante.

C'est à partir de ces constats que je me suis questionnée sur la santé mentale des plus jeunes, me demandant si l'impact de cette crise était également présente chez ces derniers, donc en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, m'interrogeant particulièrement sur le geste suicidaire et plus globalement la crise suicidaire. (IDS+TS)

Souhaitant réaliser une étude comparative concernant cette crise suicidaire en pré et post Covid 19 chez les jeunes sur notre territoire, j'ai sollicité pour le stage de deuxième année d'IPA l'équipe du service de pédopsychiatrie du CH de Lens. Mon objectif était de décrire la proportion d'adolescents en proie à cette problématique dans le secteur où j'exerce, et effectuer une étude comparative de la population entrant dans le soin psychique par le mode de l'urgence en pré et post Covid. Ceci permettra d'évaluer si la proportion de jeunes consultant l'ELU a augmenté après la crise sanitaire, globalement, et pour la problématique suicidaire en général (idées suicidaires + passage à l'acte) au cours de la crise COVID par rapport à l'activité en amont de cette crise.

# INTRODUCTION THÉORIQUE

---

Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-19 ans après les accidents de la route<sup>[1]</sup>. La dépression est « *le facteur mesurable le plus intensément associé au risque de tentative de suicide* ». <sup>[2]</sup>

Alors que l'altération de la santé mentale est un fléau de notre société, ainsi que décrit dans la littérature, par la Haute Autorité de Santé et véhiculé par les médias, elle en reste néanmoins un sujet tabou pour beaucoup.

Pourtant, la souffrance psychique est de plus en plus prise en compte avec des actions positives telles que la reconnaissance à part entière comme « handicap psychique » par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances (qui compte quatre familles de handicap : moteur, sensoriel, cognitif, psychique). Elle est également médiatisée et diffusée par les Semaines d'Information en Santé Mentale, et autres manifestations mises en place par les Conseils Locaux de Santé Mentale, les campagnes de prévention ou recherches par Santé Publique France, notamment depuis l'épidémie de COVID 19.

Les adolescents présentent, comme nous pourrons le voir ensuite, des vulnérabilités exacerbées par la période de COVID 19. Son impact sur leur santé psychique est en cours d'évaluation par l'enquête nationale ENABEE menée par Santé Publique France (les résultats sont attendus en juin 2023 pour les enfants de 3 à 11 ans et plus tard pour les adolescents, qui viennent en seconde ligne de l'étude).

En effet, « *la crise liée à la pandémie de COVID-19 a fait émerger un besoin criant et une demande forte tant des professionnels de santé et de l'éducation, que des parents et des jeunes, en matière de prévention, d'accompagnement et de prise en charge de l'altération du bien-être chez les enfants et les jeunes. Par ailleurs, la surveillance réalisée par Santé publique France auprès des services d'urgences hospitalières pendant la crise sanitaire a confirmé un plus grand nombre d'admissions des enfants et adolescents pour des troubles psychologiques.* » <sup>[1]</sup>

C'est dans ce contexte que le Président de la République a annoncé au printemps 2021 le lancement d'une étude nationale sur le bien-être des enfants. L'étude est d'abord mise en place chez les enfants de moins de 11 ans, pour lesquels les données sur le sujet sont manquantes. Elle viendra ainsi compléter les dispositifs de surveillance épidémiologiques existants chez les adolescents et jeunes adultes.

Suite à l'épidémie COVID-19, nous pouvons nous interroger sur le bien-être et la santé mentale des collégiens. Une étude de la DREES évaluait le bien-être en 2017 chez des collégiens de troisième (14/15 ans) selon cinq critères essentiels : détresse psychique, qualité du sommeil, comportement alimentaire, blessures cutanées auto-infligées et comportements suicidaires.

Cette étude mettait en exergue que<sup>[1]</sup>:

- 44 % des élèves de troisième ont une très bonne santé mentale,
- 43 % connaissent un mal-être modéré,
- 13 % ont une santé mentale plutôt mauvaise dont 8 % une santé mentale dégradée et 5 % très mauvaise. Cette classe est majoritairement représentée par les filles, mais également par des élèves ayant une moins bonne hygiène de vie, qui consomment davantage de substances psychotropes et présentent un absentéisme scolaire habituel.

La classe représentant la « très mauvaise santé mentale » (5%), est elle aussi représentée principalement par les filles : on note une **fréquence importante des tentatives de suicide**, des vomissements volontaires et des actes auto-agressifs répétés.

Pour la classe où « la santé mentale est dégradée » (8%), on retrouvera une détresse psychique élevée, des problèmes de sommeil, des problèmes de comportements alimentaires moins graves et des pensées suicidaires. Cette classe se caractérise également par une « appartenance plus fréquente à un milieu social favorisé, 24 % des adolescents y appartenant ont ainsi des parents cadres contre 15 % pour la dernière classe (5%). »<sup>[1]</sup>

Ce problème de Santé Mentale a pris tant d'importance que Santé Publique France s'est emparé de la campagne de recherche clinique sur le sujet, en collaboration avec l'Éducation Nationale.

En qualité de professionnels du milieu sanitaire, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en psychiatrie adulte (à partir de 16 ans selon le Code de la Santé Publique mais en phase de changement en juin 2023 pour l'âge de 18 ans), il nous est apparu que le nombre de consultations pour angoisses, gestes auto-agressifs, tentatives de suicide, aurait augmenté chez les adolescents depuis l'épidémie de COVID. Tous les aménagements qu'elle a requis, sans oublier le confinement imposé aux jeunes ainsi qu'à tous, auraient grandement bouleversé l'accès aux ressources sociales et amicales, le rythme scolaire et la vie de famille.

# **I) La période COVID 19 et ses conséquences psychiques sur les enfants et adolescents.**

## ***A – Définition de Covid 19***

L'OMS annonce officiellement le 9 janvier 2020 la découverte d'un nouveau coronavirus. La Covid-19 est le nom donné le 11 février 2020 à cette pathologie infectieuse respiratoire due au virus SARS-CoV-2, apparue en décembre 2019, pouvant être mortelle chez l'Homme. Tout le monde peut être infecté mais les populations les plus à risque de développer une forme grave sont les personnes âgées, ainsi que les populations présentant des facteurs de risque tels un diabète, une maladie cardiovasculaire, une maladie respiratoire chronique ou un cancer.

Elle se transmet par l'intermédiaire des gouttelettes de Flügge.

Le 20 mars 2020, le terme « épidémie » est employé par l'OMS.

## ***B – Les conséquences psychiques de la pandémie sur les enfants et adolescents***

La COVID-19 a modifié drastiquement le quotidien et les activités de routine, en supplément des conséquences sanitaires, sociales, économiques et financières. Cette épidémie a entraîné dans le monde des centaines de milliers de pertes de vies. Cet état de fait, associé aux brusques transformations de la vie quotidienne, pourrait avoir des conséquences sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Néanmoins, il y a peu de preuves scientifiques concernant les effets de cette pandémie sur cet aspect de la santé des jeunes.

Le confinement associé à cette épidémie a permis<sup>[2]</sup> :

- de passer plus de temps en famille,
- de développer ou reprendre des loisirs,
- de repratiquer des activités mises de côté à cause du rythme de vie intense,
- d'apporter un rythme d'apprentissage individualisé<sup>[2]</sup>(pour les enfants et adolescents qui s'adaptent mal à l'environnement scolaire),
- de sécuriser des enfants avec des problématiques autistiques.

Cependant, il existerait un nombre important d'enfants ou adolescents pouvant être exposés à des violences intra-familiales liées aux mesures d'isolement instaurées par la pandémie.



Les jeunes ayant des antécédents de troubles mentaux, de traumatismes ou ayant des parents porteurs de pathologie psychique auraient également un risque accru durant cette épidémie.

#### a) Les facteurs favorisant l'anxiété pendant le confinement

Les éléments qui favoriseraient l'anxiété des enfants et adolescents et impacteraient leur santé mentale pendant la période de confinement sont :

- le manque de contacts avec les pairs,
- la crainte de sa propre mort et de celle de l'entourage ou de sa perte de santé<sup>[6]</sup>, surtout les parents et grands-parents, activant la crainte d'être abandonnés,<sup>[4]</sup>
- la diminution des contacts directs avec l'enseignant liée à la fermeture des écoles,
- les relations intra-familiales tendues,
- pour les familles où les relations sont déjà très fragilisées, cette situation pourrait entraîner des violences intra-familiales,
- la majoration de l'utilisation d'internet et des écrans pour les jeunes étant pourvus de son accès a été délétère pour certains avec le risque d'addiction, de harcèlement...
- la stigmatisation liée au fait que les jeunes auraient été ciblés comme étant responsables de la propagation du virus et accusés à tort de ne pas suffisamment respecter les gestes barrières.<sup>[4]</sup>

#### b) Les effets de la pandémie chez les jeunes déjà en souffrance

La Covid-19 a pu entraîner une exacerbation des troubles chez les adolescents qui présentaient déjà des troubles psychiques, tels particulièrement l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress.<sup>[5]</sup> Nous pouvons également évoquer le problème d'interruption des soins chez les jeunes atteints de pathologies chroniques telles les troubles du spectre autistique, les troubles psychotiques, la déficience intellectuelle. La pandémie est venue rompre les soins ou diminuer leur fréquence. Elle a pu également déséquilibrer un parcours de soins ou une prise en charge chez des jeunes particulièrement vulnérables.<sup>[5]</sup> La crise a aussi restreint l'accès des jeunes à leurs ressources amicales, à leurs ressources extra familiales. Tous les clubs de sport on fermé, ils ont été interdits de sorties entre copains. Or, c'est à l'adolescence que l'identité se développe à l'extérieur du cocon familial.

### c) La dépression chez l'adolescent et le cheminement vers la crise suicidaire

Rappelons que la dépression apparaît comme le facteur mesurable le plus fortement associé au risque de tentative de suicide (OFDT, Santé Publique France, 2018). La dépression peut parfois être attachée à l'adolescence<sup>[4]</sup>. Le jeune peut passer par des phases dépressives. Elles sont en principe d'intensité moyenne et sont brèves dans le temps. Elles n'ont pas de retentissement majeur sur le quotidien et s'il est d'humeur morose, il continue néanmoins à avoir des activités extra-scolaires et à fréquenter ses amis.<sup>[6]</sup> Néanmoins, une **rupture avec l'état antérieur** avec des troubles de l'humeur à caractère envahissant et durable (au moins deux semaines) doit alerter.<sup>[4]</sup>

La symptomatologie anxieuse, que nous avons évoquée précédemment, s'accompagne alors de tristesse, d'abattement, de découragement, de pleurs fréquents. L'adolescent semble alors toujours « à fleur de peau »<sup>[4]</sup>.

La dépression est fortement associée au risque suicidaire, ainsi que nous l'avons vu précédemment, il est donc important de s'inquiéter de ce risque auprès des jeunes.

## II) Les conduites suicidaires

### A – *Cadre général*

#### a) Qu'est ce qu'une crise suicidaire ?

La HAS définit la crise suicidaire comme « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide* »<sup>[7]</sup>. C'est une rupture de l'équilibre des relations de la personne. Les stratégies d'adaptation débordent lors de cette crise et cela induit une souffrance importante.

La crise suicidaire est un état temporaire qui est réversible. L'expression de la crise suicidaire est variable d'un individu à l'autre. Elle peut être compliquée à identifier et doit être considérée comme une « *entité nosographique complexe.* »<sup>[8]</sup>

Pour Mark Williams, « *la crise suicidaire intervient dans une situation stressante d'où l'individu ne peut s'échapper, même s'il le souhaite. Cette situation se caractérise généralement par un vécu de situations de défaite et d'humiliation. Suite au débordement des stratégies d'adaptation, la personne va ressentir un désespoir qu'elle va transposer dans le futur*<sup>[9]</sup> ».

Selon Thomas Joiner, le départ d'une crise suicidaire est marqué par un « *sentiment de non-appartenance* » et par celui d'être « *un fardeau* ». Il n'y aura alors pas de réciprocité positive dans les interactions sociales. Cela se traduit par un sentiment de solitude. Le sentiment d'être un fardeau va entraîner chez la personne une « *haine de soi* », le « *sentiment d'être une charge pour autrui* ». <sup>[7]</sup>

C'est le fait de s'habituer à ces sentiments qui va augmenter le niveau de tolérance à la souffrance et une diminution de la peur de mourir. La personne développe de façon progressive la capacité à se tuer. Et cette acquisition permet le passage à l'acte suicidaire. <sup>[10]</sup>

L'OMS a retrouvé des risques plus faibles de décès par suicide avec l'intervention « *BIC* ». Il s'agit d'une psychoéducation brève avec des suivis de contact réguliers à 1,2,4,6,8,12,16 et 20 semaines de l'évaluation initiale. <sup>[11]</sup>

Les observations des professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vont en ce sens également, c'est la réactivité du soin qui est importante.

Le psychiatre américain Ian H. Steele évoque la complexité de l'évaluation du risque suicidaire. Cette évaluation requiert des professionnels infirmiers une très bonne connaissance des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire et des modalités d'évaluation de ce risque. Ils proposent des stratégies adaptées à chaque population. L'évaluation du risque impliquera des données cliniques et environnementales, mais aussi une appréciation approfondie des pensées suicidaires de la personne. <sup>[12]</sup>

## b) Epidémiologie

### **En France**

Selon une étude de la DREES de septembre 2022, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné une surmortalité de 95 000 décès supplémentaires de mars 2020 à décembre 2021. <sup>[13]</sup>

L'impact psychologique sur la population a été important, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, avec des syndromes dépressifs atteignant 22 % des 15-24 ans à la fin du premier confinement. Les hospitalisations pour tentatives de suicide ou violences auto-infligées ont en général diminué en 2020, mais on observe une très forte augmentation de ces hospitalisations en 2021 chez les filles et les jeunes femmes. <sup>[13]</sup>

En France, le réseau « OSCOUR » est utilisé pour la veille sanitaire. Il recense notamment les motifs de passages aux urgences pour pathologies diverses, dont ceux en rapport avec la santé mentale.

Le motif « geste suicidaire » est recensé comme tel :

« Geste suicidaire : cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probables (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée).<sup>[14]</sup>

Grâce à ces données, nous savons qu'en janvier 2023, les passages aux urgences des 11/14 ans pour motif idées suicidaires et gestes suicidaires sont élevés, dépassant début 2022 pour les idées suicidaires.<sup>[14]</sup> Sur les trois dernières années, la hausse des gestes suicidaires est significative.

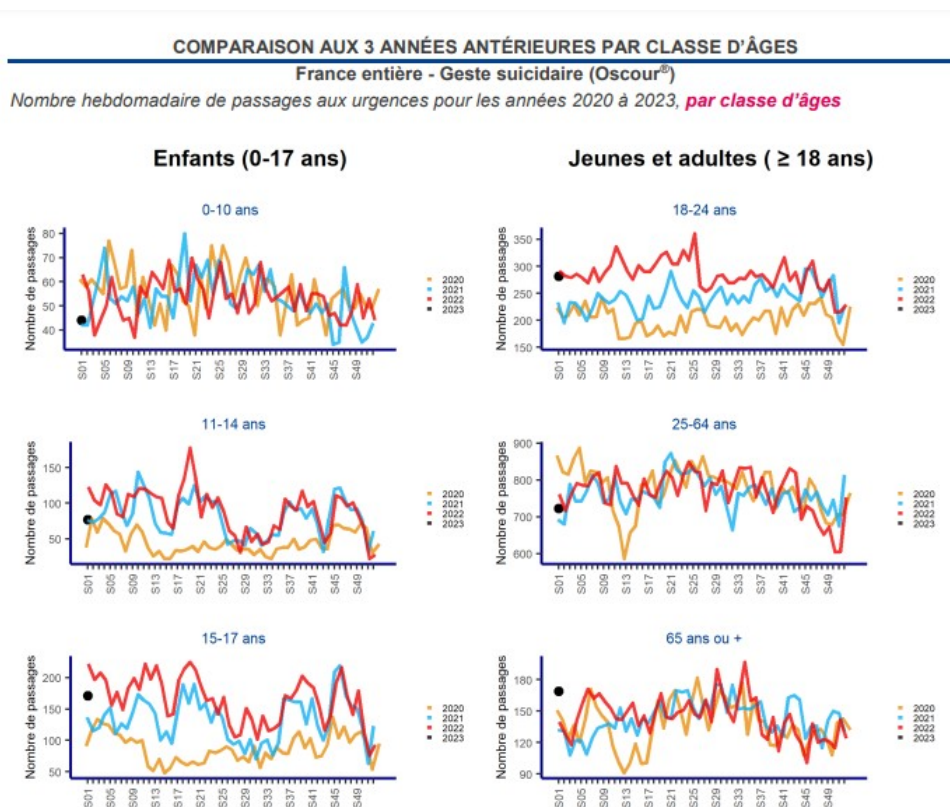


Tableau issu de Santé Publique France. Santé mentale. Point mensuel, 9 janvier 2023.

Le nombre de passages aux urgences pour le motif geste suicidaire depuis la crise sanitaire a augmenté en France de 137 % chez les jeunes femmes, et pour le motif idées suicidaires, de 30 % chez cette même population.<sup>[14]</sup>

Les troubles dépressifs sont connus pour avoir une prévalence féminine à partir de l'adolescence pour des raisons mal connues liées à des facteurs multiples (hormonaux, sociaux, autres)<sup>[15]</sup>. Chez les garçons, on observe plutôt des troubles neurodéveloppementaux.

### **Dans les Hauts de France**

Bilan régional :<sup>[17]</sup>

En 2019, le CREHPSY confirme que les indicateurs régionaux sont très défavorables.

Ils soulignent :

- > de mauvais indicateurs socio-économiques,
- > une mortalité suicidaire importante,
- > des disparités au niveau du territoire,
- > des pathologies duelles (notamment addictions),
- > des troubles mentaux souvent associés à de nombreuses comorbidités, qui diminuent l'espérance de vie en comparaison à la population générale.

### **Les idées suicidaires**<sup>[14]</sup>

En France, les jeunes de 11 à 17 ans ont eu recours aux urgences de façon majorée à partir de juillet 2020 par rapport à 2017-2019 pour le motif IDS. L'augmentation était plus importante en 2021 et les 6 premiers mois de 2022, soit après la phase aiguë de l'épidémie.<sup>[17]</sup>

### **Le geste suicidaire**<sup>[16]</sup>

« [En France] Chez les jeunes de 11-17 ans, sur le premier semestre 2022, le nombre moyen mensuel de passages aux urgences pour geste suicidaire était en augmentation par rapport aux mêmes périodes en 2021 (+21 %) et 2020 (+63 %). En 2021, il était supérieur à celui de 2020 (respectivement 95 passages et 72 passages) et celui de la période 2017- 2019 (76 passages). La part d'activité mensuelle moyenne en 2020 et en 2021 était similaire (9,7 ‰) mais significativement supérieure à celle de la période 2017-2019 (7,4 ‰) ».

Ainsi, chez les adolescents, le nombre de patients pris en soins dans les services d'urgence pour geste suicidaire a continué à augmenter au cours du premier semestre 2022, soit après la phase aiguë de la crise sanitaire, contrairement à ce qui est observé chez les jeunes adultes.

### ***B – Les facteurs de risque des idées suicidaires et gestes suicidaires***

*« Un facteur de risque (FDR) est une donnée statistique qui souligne une corrélation entre un facteur et un phénomène étudié au plan de l'épidémiologie. Il concerne une population donnée et ne se situe donc pas au niveau d'une causalité individuelle. Son utilité au plan clinique réside dans la possibilité ou non, les FDR étant identifiés, de formuler des conduites ou des mesures de prévention. »*<sup>[18]</sup>

Les facteurs de risque sont corrélés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide, ils n'ont pas de lien de causalité.

Malgré la classification actuelle en **facteurs proximaux et distaux**, la HAS classe encore ces facteurs de risque en tant que :

- **facteurs primaires** : la valeur d'alerte est importante. Ils se révèlent **potentiellement modifiables** par la prise en soin,
- **facteurs secondaires** : **faiblement modifiables** par la prise en soin, avec une faible valeur prédictive,
- **facteurs tertiaires** : **non modifiables**, valeur prédictive uniquement s'il y a présence de facteurs primaires et secondaires.<sup>[8]</sup>

#### **a) les facteurs de risque primaires**.<sup>[8]</sup>

Selon la HAS, **les facteurs primaires** sont :

- la présence de troubles psychiatriques, en particulier la dépression,
- les antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide ou de suicide,
- la verbalisation d'une intention suicidaire,
- une impulsivité.

**Un antécédent de geste suicidaire chez l'adolescent serait le facteur le plus prédictif d'un nouveau passage à l'acte.** Il multiplie par 20 le risque de geste suicidaire.<sup>[18]</sup> Le lien entre dépression et geste suicidaire est constamment retrouvé dans les diverses recherches mais en l'absence d'antécédent de geste suicidaire chez le jeune patient, la dépression perd sa valeur prédictive de geste suicidaire.<sup>[19]</sup>

b) les facteurs de risque secondaires :<sup>[8]</sup>

Les facteurs secondaires sont :

- des événements négatifs de la vie,
- perdre ses parents précocement,
- être socialement isolé,
- ne pas avoir de travail (chez l'adulte),
- avoir des problèmes financiers et professionnels (chez l'adulte).

Chez les adolescents, la présence de violences intra-familiales fragilise l'estime de soi.<sup>[18]</sup> En période de confinement, les violences intra-familiales ont augmenté selon les études réalisées, et le vécu des adolescents a été très impacté négativement, aggravant ainsi la problématique dépressive et le vécu d'humiliation.<sup>[20]</sup>

Indépendamment de la présence d'une dépression, l'événement de vie le plus fréquent qui paraît prédictif d'une future tentative de suicide est la tentative de suicide récente d'un ami.<sup>[4]</sup> Le plan Papageno a d'ailleurs été mis en place dans notre région au regard de cette problématique.

En ce qui concerne les facteurs qui précipitent les tentatives de suicide, à l'instar des adultes, on note souvent la présence de conflits interpersonnels dans les semaines précédant une tentative de suicide. À l'adolescence, cependant, il existe un autre facteur déclenchant : la présence de problèmes disciplinaires avec les parents, l'école ou la loi, surtout si ce conflit implique des sentiments de rejet ou d'humiliation.

Les consommations de substances sont également un FDR de la TS.

En France, le lien entre consommation de drogue et tentatives de suicide sont<sup>[18]</sup> :

- consommation régulière de drogues (odd ratio : 3.3),
- consommation quotidienne de tabac (OR : 1.9),
- consommation régulière d'alcool : augmente le risque de 1,4 fois,

- l'ivresse de la personne « seule » multiplie le risque par quatre.

c) les facteurs de risque tertiaires :<sup>[8]</sup>

Les facteurs tertiaires sont le sexe masculin, le grand âge et le jeune âge.

Malgré cet état de fait, les « tentatives » de suicide sont majoritairement féminines : « *le sexe ratio fille/garçon des passages à l'acte suicidaire se situe entre 1.5 et 2.1 à l'adolescence* ». <sup>[18]</sup>

A l'inverse, être un garçon augmente le risque de décès par suicide : « *le sexe ratio garçon/fille des décès par suicide est égal à 3.5* ». <sup>[18]</sup>

Concernant l'âge, le taux de tentative de suicide augmente avec l'âge chez les filles : 4% avant 13 ans et 12% après 18 ans. Il est relativement stable chez les garçons entre 11 et 19 ans. <sup>[18]</sup>

d) facteurs de risque isolés :<sup>[18]</sup>

Certains facteurs de risque psychosociaux isolés sont considérés comme des facteurs de risque non spécifiques de conduites suicidaires :

- un niveau d'éducation faible des parents,
- un revenu bas,
- une fratrie nombreuse,
- l'origine ethnique.

Selon Steele et al., les facteurs de risque **chez les 5-19 ans** sont <sup>[12]</sup>:

1) Les facteurs de risque statiques :

- Être de sexe masculin,
- avoir une orientation sexuelle LGBTQIA+,
- présenter des antécédents de TS, de comportements autolytiques, d'agression physique, d'abus sexuels,
- avoir été témoin de TS, de violence,
- présenter des antécédents familiaux de suicide ou de pathologie psychiatrique.



## 2) Les facteurs de risque dynamiques :

- Être l'auteur ou la victime de harcèlement,
- consommer régulièrement des substances,
- présenter des symptômes psychiatriques à type d'insomnie, d'impulsivité, de vécu de fardeau, d'idéation suicidaire active,
- le fait d'être en conflit avec ses parents, avec un(e) petit(e) ami(e),
- l'accès à des moyens létaux tels armes ou moyens de suffocation,
- le fait d'être socialement isolé,
- un parcours délinquant.

### ***C – Le déclenchement de la crise suicidaire***

Chez les adolescents, on retrouve dans le déclenchement de la crise suicidaire des éléments abandonniques : perte familiale, rupture sentimentale, isolement, exclusion, décès ou maladie, harcèlement scolaire.

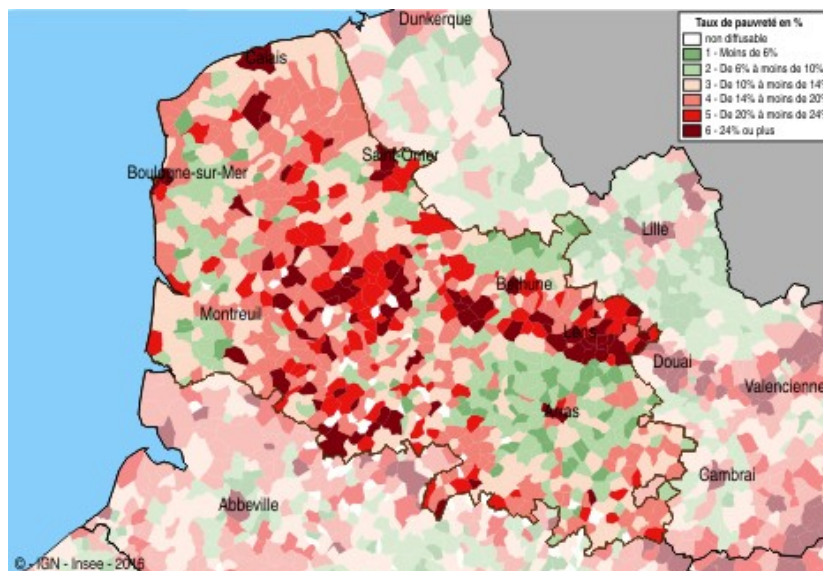
L'ère numérique a certes des aspects positifs avec des possibilités d'actes de prévention mais également entraîne une majoration de ces facteurs de risque, notamment le harcèlement scolaire.<sup>[4]</sup>

Le déclenchement de la crise suicidaire est associé à une notion appelée « *conduite de rupture* » : rupture avec la souffrance.<sup>[4]</sup> L'adolescent va ainsi chercher à ne plus souffrir et provoquer un changement radical. Secrètement, il veut se démarquer, se faire reconnaître. Il ne veut pas cesser d'exister, mais faire cesser sa souffrance. Le but de marquer les esprits peut être inconscient mais lui apportera une reconnaissance, même en post-mortem.<sup>[4]</sup>

## **III) La prise en soin de la crise suicidaire chez les adolescents**

### ***A – La situation socio-économique du Pas de Calais***

Selon les statistiques de l'Insee, on retrouve un taux de pauvreté plus élevé dans le Pas de Calais que dans la région (18,2%). En effet, 20,2 % des personnes vivent sous le seuil de pauvreté en 2013. Cette pauvreté est notamment plus présente dans le Douaisis-Lens : 23,3 %.<sup>[21]</sup>



**Carte communale des taux de pauvreté dans le Pas-de-Calais en 2012, issue des données de l'INSEE de 2016**

Un tiers des jeunes de 18-25 ans n'est ni en études, ni en emploi et fin 2015, 12,8 % des actifs sont au chômage.

Le niveau de vie des ménages pâtit de ces conditions socio-économiques défavorables.

Selon l'Institut national de santé publique du Québec, le taux de mortalité par suicide est plus élevé dans les milieux défavorisés.<sup>[22]</sup>

L'austérité budgétaire liée à la période COVID-19 pourrait nous permettre de penser que les ménages ont été défavorablement impactés par cette crise à la fois d'un point de vue sanitaire mais aussi socio-économique. Nous pouvons donc supposer que les enfants vivant dans des conditions telles que citées précédemment seraient donc plus enclins à subir des souffrances psychiques liées à un niveau de vie défavorable dans notre département, et plus précisément dans le Douaisis- Lens.

### ***B – Les dispositifs de prévention et de soutien psychologique en France***

En France, il existe un plan d'action contre le suicide et notamment la contagion suicidaire : le plan Papageno. Comme nous avons pu le voir, être exposé directement à un événement suicidaire engendrerait le risque majoré de développer soi-même des idées suicidaires. En ce qui concerne les jeunes dans les écoles, on aurait pu constater la survenue d'épidémies suicidaires avec une imitation du geste fatal par les plus vulnérables en relation avec la diffusion médiatique. Le plan Papageno permet à l'information d'être véhiculée par les médias d'une manière qui ne soit pas sensationnaliste au risque de favoriser la contagion suicidaire. Au contraire, cette information

pourrait même contribuer à favoriser la prévention. Ce plan est à l'initiative de psychiatres du CHRU de Lille.

« Le dispositif « *VigilanS* », créé en 2015 dans les Hauts-de-France, a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récurrences de tentative de suicide. »<sup>[23]</sup> En février 2023, *VigilanS* était déployé dans 17 régions dont 4 régions d'Outre-mer et dans 92 départements.

Dès la première tentative de suicide, la personne est inscrite dans ce dispositif de re-contact et reçoit des appels, courriers et cartes postales qui permettent de faire le point sur l'évaluation du risque suicidaire.

Le 3114, numéro national de prévention du suicide, est piloté par le Ministère de la Santé et de la Prévention. Il est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021 après l'annonce de sa mise en place lors des assises de la santé mentale le 27 septembre 2021.<sup>[24]</sup> Il permet de venir soutenir les dispositifs existant déjà et ne s'y substitue pas, il s'agit d'une articulation des soins autour du suicide.<sup>[24]</sup>

Une campagne a été mise en place par Santé Publique France, intitulée « J'en parle à » et spécialement dédiée aux adolescents (11/17 ans) sur les réseaux sociaux. Lancée en juin 2021, elle vise à inciter les jeunes à parler à un tiers de confiance.

Santé Psy Étudiant est un site du gouvernement mis en place le 10 mars 2021 qui permet aux jeunes en détresse psychique de bénéficier d'au moins trois séances gratuites avec un psychologue.

Santé Publique France soutient également l'association « Premier Secours en Santé Mentale » (PSSM) pour le déploiement de modules de formations aux premiers secours en santé mentale. Cette association a pour objectif la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques<sup>[25]</sup>.

Le CLSM de notre territoire du bassin minier élabore un travail de partenariat dans le sens du PSSM dans lequel nous sommes impliqués.

Pour l'ensemble de ces dispositifs, la personne est en relation avec des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale.

***C – Bassin minier Lensois : les structures prenant en soin les adolescents suicidaires en crise et post-crise : l'ELU (Equipe de Liaison d'Urgence) et le CMPP (Centre Médico Psychologique et Pédagogique)***

Le Centre Hospitalier de Lens possède un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'Intersecteur 62 I 05, le service Lebovici qui regroupe 30 villes :

- Secteur Liévin : Ablain Saint Nazaire, Aix Noulette, Angres, Auchy les Mines, Bully les Mines, Givenchy en Gohelle, Grenay, Liévin, Mazingarbe, Souchez, Vermelles,
- Secteur Lens : Annay, Avion, Bénifontaine, Billy Berclau, Douvrin, Eleu-dit-Leauwette, Fouquières les Lens, Haisnes, Hulluch, Lens, Loison, Loos en Gohelle, Méricourt, Noyelles sous Lens, Pont à Vendin, Sallaumines, Vendin le Vieil, Vermelles, Wingles.

Ce service est divisé en plusieurs unités :

A Lens : **le CMPP**, le CMP de Lens (Centre Médico Psychologique), **l'ELU**, l'Hôpital de Jour et le CATTP « enfants »,

A Liévin : le CATTP « adolescents » (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel, l'UPP (Unité de Pédopsychiatrie Périnatale), le CMP de Liévin.

L'unité qui prend en soin la crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent est l'ELU composée d'une équipe pluri-professionnelle : une pédopsychiatre, une cadre de santé, un mi-temps psychologue, une équipe infirmière composée de deux temps pleins, une secrétaire médicale.

Sur le temps d'Hospitalisation, l'ELU assure la liaison en pédiatrie qui consiste en l'évaluation de l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans par une première rencontre, **quelque soit son secteur d'appartenance** (risque suicidaire, trouble du comportement...), la rencontre des parents, la centralisation des informations sur l'environnement du jeune (services sociaux, écoles, lien avec les thérapeutes libéraux...), un désamorçage des situations qui entraînent des tensions, une souffrance (rendez-vous familles, contacts sociaux, Information Préoccupante, signalement...), la création d'un lien thérapeutique suffisamment sécurisé pour assurer la continuité des soins, l'amorçage des ressources de l'enfant/adolescent en mettant en œuvre les différents outils thérapeutiques de l'équipe : le « RUD », soit l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire, le plan de crise qui est utilisé dans la prévention secondaire, la roue des émotions, l'agenda du sommeil, l'échelle d'évaluation de la dépression « HAD », l'échelle « CAARMS » d'évaluation du Premier épisode psychotique et du sujet à Ultra Haut Risque.

Le travail de liaison est également possible en psychiatrie adulte si nécessaire, s'il y a hospitalisation d'un jeune dont le relai doit être fait avec la psychiatrie adulte.

En ambulatoire, l'équipe de l'ELU assure un travail de post-crise (3 à 6 séances) après la sortie de pédiatrie.

Elle prend également en soins les premières demandes avec des critères de crise, pré-crise (idées suicidaires, scarifications, situations potentiellement traumatiques etc).

Elle répond aussi aux demandes des urgences pédiatriques.

L'unité qui prend le relai après la crise suicidaire est le CMPP avec la poursuite de consultations médicales si nécessaire, mais également la possibilité d'une prise en charge en groupes thérapeutiques, de suivis individuels. Le but est de créer du lien avec le jeune, poursuivre l'évaluation de sa santé mentale, travailler autour de ses difficultés et dépister d'éventuelles difficultés sociales. L'équipe est composée d'une pédopsychiatre, une cadre de santé, une infirmière puéricultrice, des psychomotriciennes, des psychologues, une neuropsychologue, une assistante sociale, une orthophoniste, un directeur pédagogique, une enseignante spécialisée et une secrétaire médicale.

L'objectif est de proposer un accès aux soins le plus immédiat possible pour les jeunes.

# PROBLÉMATIQUE

---

Sur notre territoire du bassin minier de Lens, qui, nous l'avons déjà mentionné au regard des chiffres de l'INSEE, présente un contexte socio-économique défavorable, nous pouvons nous interroger sur le mal-être psychique des enfants et adolescents en post COVID et de leur besoin de prise en soin spécialisée en psychiatrie.

En effet, il existerait une corrélation entre la période COVID 19, l'augmentation du mal-être observé par le biais de la demande de soin pour anxiété, dépression et idées suicidaires chez les jeunes au décours de cette période et le besoin de prise en charge spécialisée :

**- Quel est l'impact de la période de pandémie de COVID 19 sur les motifs de prise en soin des jeunes sur l'unité de l'équipe de liaison d'urgence du Centre Hospitalier de Lens ?**

**- Est ce que la pandémie a amplifié le nombre de consultations d'urgence pour le motif de passage à l'acte suicidaire dans la population pédo-psychiatrique sur notre territoire du bassin minier Lensois ?**

**• Question de recherche :**

- La proportion de passages à l'acte suicidaire parmi la population recourant aux soins psychiques sur la modalité de l'urgence est-elle plus importante à ce jour qu'en période pré COVID 19 ?

**• Hypothèses :**

- L'épidémie aurait amplifié l'anxiété et la dépression chez les adolescents, on peut donc faire l'hypothèse que cela a eu un impact sur la proportion de tentatives de suicide chez cette population.

- L'épidémie a modifié la dynamique au sein des familles confinées et amplifié certains dysfonctionnements familiaux, on peut donc faire l'hypothèse que cela a eu un impact sur le bien-être des adolescents.

- Au regard de la littérature qui fait état de la prévalence féminine de la tentative de suicide à partir de l'adolescence, on peut faire l'hypothèse qu'il y a un risque suicidaire en proportion supérieure chez les adolescentes que chez les adolescents, y compris en période post COVID 19.

**- Au niveau national, la population la plus à risque représente les adolescents. Au regard de la littérature, nous devrions retrouver un nombre plus important de prises en soin pour la problématique suicidaire chez des adolescents de 13/14 ans que chez les plus jeunes en population pédopsychiatrique.**

# MÉTHODE

---

La méthodologie utilisée est inspirée de la recherche du Dr Emmanuel Chevalier « Étude Rétrospective et comparative de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité d'une unité d'urgence pédopsychiatrique ».<sup>[26]</sup>

Recherche quantitative rétrospective et comparative sur deux périodes de un an à l'Equipe de Liaison d'Urgence (ELU) :

« Avant » la crise sanitaire : - du 6 mars 2019 au 6 mars 2020

« Après » la crise sanitaire : - du 15 novembre 2021 au 15 novembre 2022

## 1. Mode de recueil des données et outil

Le travail réalisé est une **étude quantitative rétrospective et comparative**. Elle repose sur une analyse de données d'activité d'une équipe de liaison d'urgence pédopsychiatrique du Centre Hospitalier de Lens.

Nous avons réalisé une extraction de données anonymisées concernant le genre, l'année de naissance, le motif principal de consultation, la présence ou non de la rédaction d'un écrit de protection de l'enfance (information préoccupante et signalement), le nombre de passages à l'ELU sur un an, la présence ou non d'une addiction et la présence ou non d'un trouble alimentaire.

Cette étude est de type MR-004.

## 2. Population étudiée

La population étudiée au sein de cette étude est l'entièreté des patients ayant bénéficié d'une prise en soin par l'unité fonctionnelle de l'ELU du CHL du 6 mars 2019 au 6 mars 2020 et du 15 novembre 2021 au 15 novembre 2022 sans distinction de secteur. Le recueil de données est exhaustif.

## 3. Terrain de recherche

L'ELU est un dispositif de consultations pédopsychiatriques d'évaluation et d'orientation d'urgence au sein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du pôle de psychiatrie du



CHL organisé comme tel (pour l'ELU) depuis le confinement lié à la pandémie COVID-19 : les consultations sont dispensées par un ou deux infirmier(s), ou un binôme médecin-infirmier, et peuvent avoir lieu au sein de l'unité des urgences pédiatriques, ou de l'unité de médecine pédiatrique, de chirurgie pédiatrique ou des soins continus pédiatriques dans le cadre d'une activité de liaison. Il s'agit en effet des trois unités d'hospitalisation accueillant les enfants et adolescents pris en charge pour troubles psychiques au CHL (de 0 à 16 ans jusque juin 2023).

L'enfant, l'adolescent et en fonction de la situation ses parents ou tuteurs légaux sont d'abord reçus en entretien pour une évaluation pédopsychiatrique en binôme, soit immédiatement à l'arrivée aux urgences, soit dans les 24H si une hospitalisation en pédiatrie est indiquée. Les objectifs de ce dispositif sont l'accès à une évaluation spécialisée en urgence au sein de services conventionnels puisque le CHL ne dispose pas d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique.

#### **4. Période étudiée**

Dans le but d'évaluer le rôle de la crise sanitaire dans l'augmentation des consultations à l'ELU pour tentative de suicide chez l'adolescent, nous avons choisi de comparer le nombre et le profil des jeunes pris en charge entre le 6 mars 2019 et le 6 mars 2020 car le premier recueil de données possible à l'ELU se situe au 6 mars 2019 en raison de la restructuration de l'accès aux soins à cette période. Nous avons choisi d'exclure la période du premier confinement qui a été une période non représentative des prises en charge à l'ELU à cause de la restructuration du service à ce moment.

La seconde période choisie, du 15/11/2021 au 15/11/2022, nous paraît représentative de la période post-crise sanitaire. Elle intervient après les trois périodes de confinement en France, soit :

- du 17 mars au 11 mai 2020 non inclus, soit 1 mois et 25 jours,
- du 30 octobre au 15 décembre 2020 non inclus, soit 1 mois et 15 jours,
- du 3 avril au 3 mai 2021 non inclus, soit 28 jours.

Afin d'être précis dans la comparaison des deux périodes, nous avons choisi de réaliser le recueil de données à une année « pleine » pour la période « AVANT » et la période « APRÈS ».

## 5. Méthodologie statistique

Pour information, concernant la rédaction de la méthodologie, les analyses statistiques ont consisté en la réalisation d'analyses univariées (et de graphiques) afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1.

**L'objectif de ce travail est de décrire le profil des jeunes consultant l'ELU par le biais de l'accès aux soins psychiques d'urgence entre la période pré et post COVID 19.**

### Objectif principal :

Comparer la proportion d'adolescents pris en charge par l'ELU du CHL pour le motif de crise suicidaire entre les deux périodes.

Critère de jugement principal : le motif de prise en soin avec « problématique suicidaire » en période « Avant » et « Après ».

### Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires :

1) Identifier la prévalence de genre dans le motif « tentative de suicide ».

- Critère de jugement (CJ) : sexe.

2) Mesurer la proportion d'IP dans le bassin minier du Pas de Calais.

- CJ : Nombre d'informations préoccupantes établies.

3) Décrire les vulnérabilités autres : troubles alimentaires, addictions, nombre de passages à l'acte dans l'année.

- CJ : Nombre de jeunes souffrant d'addictions et de troubles alimentaires, et nombre de passages à l'ELU se réitérant sur une période de un an.

### **Les variables mesurées**

- Le nombre de consultations, qui est la variable reflétant de façon globale l'activité du service,

- Le genre et l'âge des patients, qui permettent de caractériser la population consultant sur le service,
- Le nombre de consultations pour les motifs suivants : anxiété, syndrome de stress post-traumatique (SSPT), idées suicidaires (IDS) et tentatives de suicide (TS). Ces 4 motifs renvoient aux troubles psychologiques essentiels pour lesquels une augmentation de la prévalence a été observée dans la littérature en corrélation avec la crise sanitaire actuelle,
- Le nombre de consultations ayant donné lieu à un écrit relatif à la protection de l'enfance. Cette variable est la représentation directe des situations sociales complexes et des violences domestiques et nous donne une indication de vulnérabilité importante.
- Le nombre d'adolescents souffrant d'addictions et de troubles alimentaires qui sont deux facteurs corrélés au geste suicidaire.

# RÉSULTATS

(Annexe 1)

Analyses univariées		N	161
<b>Sexe, n (%)</b>			
	Homme	41 (25.5)	
	Femme	119 (73.9)	
	NA	1 (0.6)	
Age, moy (sd)		14.0 (1.7)	
Min : 6 ; Max : 16 ; Médiane : 14			
<b>Période d'hospitalisation, n (%)</b>			
	Avant/Pendant COVID	37 (23.0)	
	Après COVID	124 (77.0)	
<b>Motifs de prise en charge, n (%)</b>			
	Anxiété	9 (5.6)	
	Crise clastique	15 (9.3)	
	Hallucinations	1 (0.6)	
	IDS	65 (40.4)	
	SSPT	3 (1.9)	
	Syndrome dépressif	5 (3.1)	
	TA	54 (33.5)	
	TCA	7 (4.3)	
	TDAH	1 (0.6)	
	NA	1 (0.6)	
<b>Problématique suicidaire, n (%)</b>			
	Oui	119 (73.9)	
	Non	41 (25.5)	
	NA	1 (0.6)	
<b>Information préoccupante, n (%)</b>			
	Oui	33 (20.5)	
	Non	127 (78.9)	
	NA	1 (0.6)	
<b>Addiction(s), n (%)</b>			
	Oui	4 (2.5)	
	Non	23 (14.3)	
	NA	134 (83.2)	
<b>Nombre de passages ELU sur un an, n (%)</b>			
	1	148 (91.9)	
	2	12 (7.5)	
	3	1 (0.6)	
<b>Trouble alimentaire, n (%)</b>			
	Oui	13 (8.1)	
	Non	148 (91.9)	

Au total, 161 enfants et adolescents font partie de l'étude avec un recueil de données exhaustif sur l'activité de l'ELU, 37 en période « AVANT » et 124 en période « APRÈS ».

Dans les données univariées, sur les deux périodes :

Les motifs de prise en soin prépondérants sont : les IDS avec 40,4 % de prévalence et TA avec 33,5 %.

Il y a une surreprésentation féminine des prises en soin avec 119 filles pour 41 garçons, soit 73,9 % et 25,5 %.

La problématique suicidaire touche **73,9 %** des jeunes pris en soin.

Dans 20,5 % des cas, une information préoccupante a été établie.

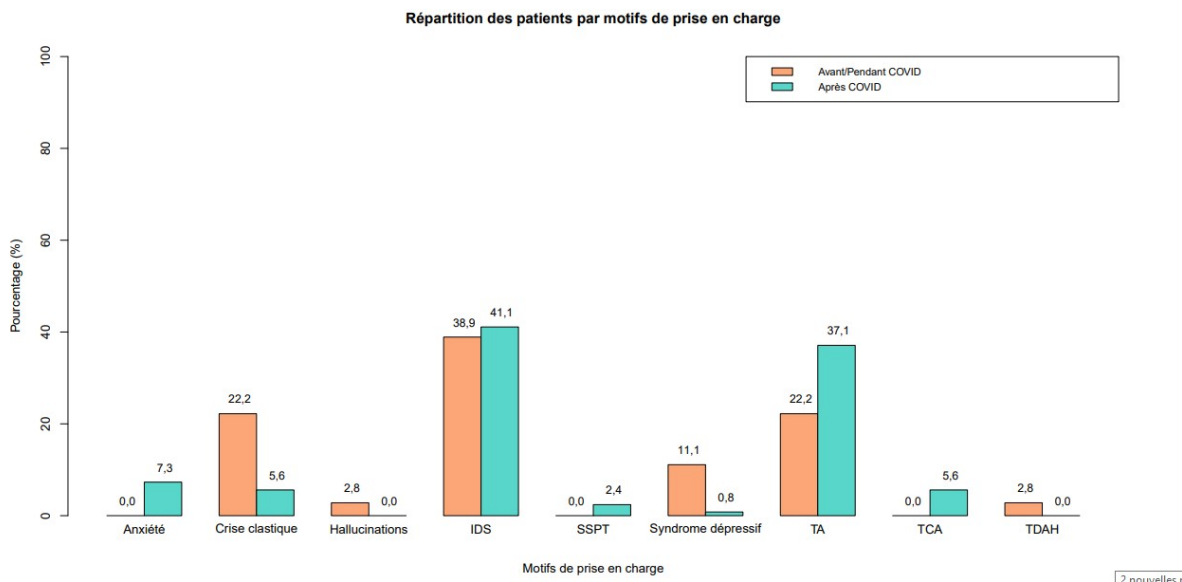
Les comorbidités :

La présence d'addiction est non renseignée pour 134 enfants, soit 83,2 %.

Les troubles alimentaires sont présents dans 8,1 % de cas.

Pour 148 enfants, soit 91,9 % des prises en soin, un seul passage par l'ELU est recensé.

## Les motifs de prise en soin



En période « AVANT », le motif IDS est majoritaire sur les autres motifs. Il est de **38,9 %**. Le motif TA et crise clastique se retrouvent à part égale, soit **22,2 %**. Le motif syndrome dépressif est retrouvé à 11,1 %.

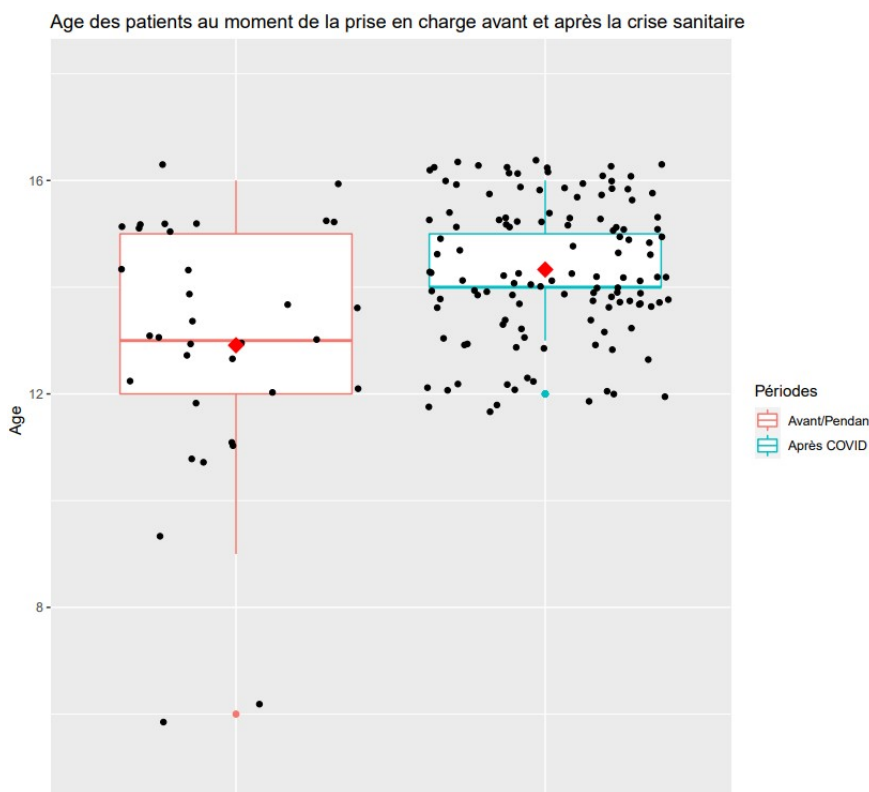
En période « APRES », le motif IDS et TA sont prépondérants sur les autres motifs : **41,1 %** et **37,1 %**.

Le motif crise clastique est retrouvé à 3,6 %.

Le motif syndrome dépressif est présent dans 0,8 % des cas.

## L'âge de prise en soin

En période « AVANT », l'âge médian de prise en soin est de **12,9 ans** et en période« APRES », il est de **14,3 ans**.



En période « AVANT », les âges de prise en soin sont plus éparés. En période « APRES », on observe une concentration entre 11 et 16 ans.

## La comparaison « AVANT »/ « APRÈS »

	Avant/Pendant COVID N = 37	Après COVID N = 124
<b>Sexe, n (%)</b>		
Homme	16 (44.4)	25 (20.2)
Femme	20 (55.6)	99 (79.8)
<b>Age, moy (sd)</b>	12.9 (2.4)	14.3 (1.2)
<b>Motif de prise en charge, n (%)</b>		
Anxiété	0 (0.0)	9 (7.3)
Crise clastique	8 (22.2)	7 (5.6)
Hallucinations	1 (2.8)	0 (0.0)
IDS	14 (38.9)	51 (41.1)
SSPT	0 (0.0)	3 (2.4)
Syndrome dépressif	4 (11.1)	1 (0.8)
TA	8 (22.2)	46 (37.1)
TCA	0 (0.0)	7 (5.6)
TDAH	1 (2.8)	0 (0.0)
<b>Problématique suicidaire ("oui"), n (%)</b>	22 (61.1)	97 (78.2)
<b>Information préoccupante ("oui"), n (%)</b>	3 (8.3)	30 (24.2)
<b>Addiction(s) ("oui"), n (%)</b>	0 (0.0)	4 (4.8)
<b>Nombre de passage ELU sur l'année, n (%)</b>		
1	37 (100.0)	111 (89.5)
2	0 (0.0)	12 (9.7)
3	0 (0.0)	1 (0.8)
<b>Trouble alimentaire ("oui"), n (%)</b>	0 (0.0)	13 (10.5)

En période « AVANT », nous retrouvons 16 garçons pris en soin et 20 filles sur la totalité, soit 55,6 % de filles et 44,4 % de garçons.

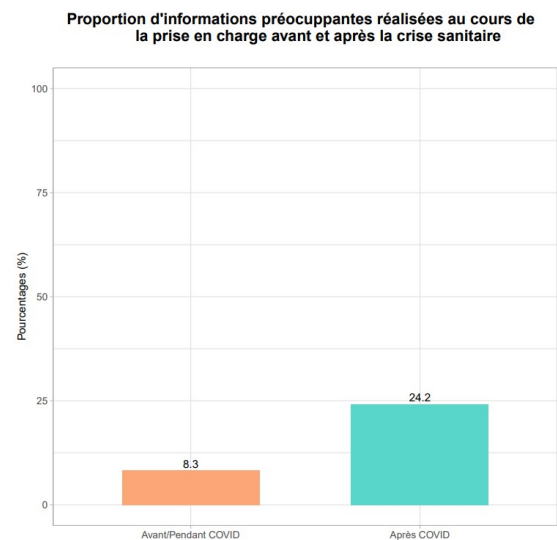
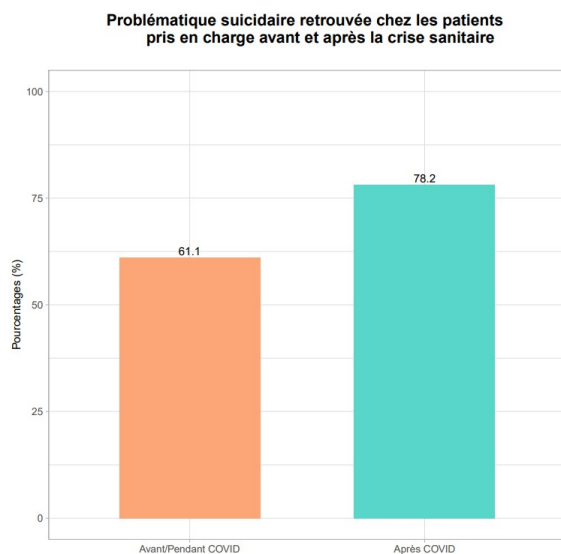
En période « APRÈS », 25 garçons ont été pris en soin pour 99 filles, soit 20,2 % de garçons et 79,8 % de filles.

L'âge moyen de prise en soin est de 12,9 ans en période « AVANT » (correspond à la classe de cinquième dans le secondaire) et de 14,3 ans en période « APRÈS » (correspond à la classe de troisième dans le secondaire).

Les motifs prévalents de prise en soin en période « AVANT » sont IDS (38,9%), TA (22,2%) et Crise Clastique (22,2%).

En période « APRÈS », les deux motifs prévalents sont IDS (41,1%) et TA (37,1%). Le motif crise clastique n'est représenté qu'à 5,6 %.

En période « AVANT », on ne retrouve pas d'antécédent de passage à l'ELU, en période après, nous retrouvons deux passages à 9,7 % et trois à 0,8 %.

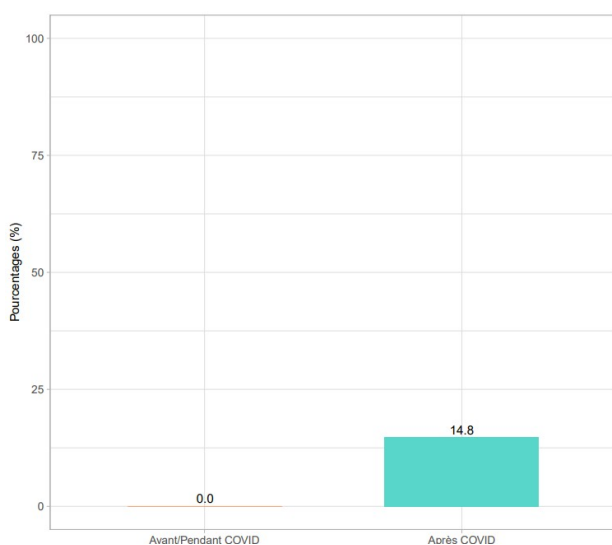


En période « AVANT », 61,1 % de jeunes pris en soins par l'ELU sont concernés par une problématique suicidaire et en période « APRÈS », 78,2 % des jeunes sont concernés par cette même problématique.

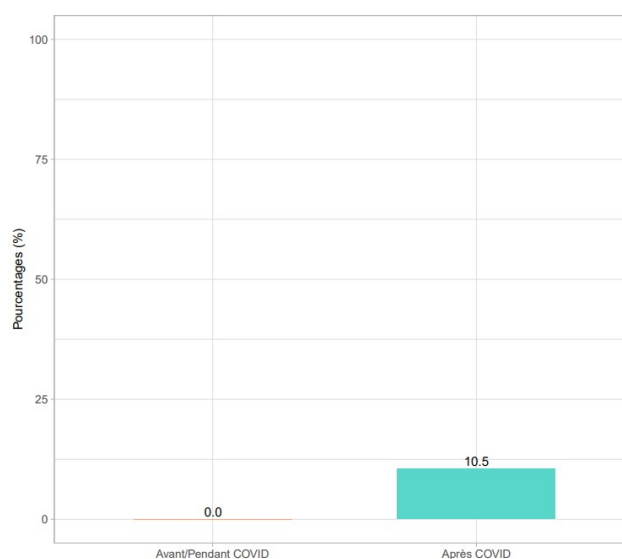
Nous retrouvons en période « AVANT », une proportion d'informations préoccupantes de 8,3 % et de 24,2 % en période « APRÈS ».



**Addiction(s) chez les patients pris en charge avant et après la crise sanitaire**



**Trouble alimentaire chez les patients pris en charge avant et après la crise sanitaire**



Concernant les comorbidités, les addictions et troubles alimentaires sont inexistantes dans le recueil de données en période « AVANT » et représentent 14,8 % pour les addictions et 10,5 % pour les troubles alimentaires en période « APRÈS ».

## DISCUSSION

---

### 1- Limites et biais de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Dans un premier temps, c'est une étude monocentrique qui concerne un seul service et l'extrapolation des résultats est donc limitée.

En ce qui concerne l'écart important du nombre de consultations en période « AVANT » et « APRES », une partie des consultations urgentes était gérée par le CMPP en période « AVANT », ce qui a pu sensiblement influé sur le recueil des données. Cependant, une majorité des prises en soin s'effectuait à partir des passages aux urgences et des hospitalisations, et très peu en consultation directe, donc ce biais reste limité.

On peut également noter que les motifs de consultation inclus dans les données d'activités du service de l'ELU sont des motifs principaux. Ils sont uniques pour chaque consultation, et donc exclusifs. Par conséquent, l'augmentation des prises en soin pour IDS a pu masquer des motifs jugés plus secondaires, tel les symptômes dépressifs ou l'anxiété.

Enfin, si les variations de données d'activité d'un service d'urgence de pédopsychiatrie peuvent refléter en partie l'impact psychologique de la crise sanitaire en population pédiatrique, elles ne reflètent pas l'impact sur les enfants et adolescents n'ayant pas sollicité les soins au cours de cette période.<sup>[26]</sup>

## 2- Objectif et validation des hypothèses

L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact de la période de crise sanitaire sur la crise suicidaire chez les adolescents et sur l'activité globale de l'unité d'urgence de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Lens.

Les résultats nous indiquent un nombre de passages dans cette unité qui a augmenté, passant de 37 consultations en 2019-2020 à 124 en 2021-2022, soit une augmentation de 254 %. La prévalence féminine est plus importante en post COVID (79,8 % de filles). En période « AVANT », il y avait 55,6 % de filles. Nous pouvons donc noter un premier changement de profil de jeunes pris en soin.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer des motifs de prise en soin plus hétérogènes en période « AVANT », bien que le motif d'IDS soit prévalent. On retrouvera des crises clastiques et tentatives d'autolyses en proportion égale pour des proportions féminines et masculines équilibrées, bien que les crises clastiques soient un peu plus à tendance masculine. Nous retrouvons également le motif « syndrome dépressif » un peu en deçà des autres motifs évoqués précédemment, et à taux moins important, le motif « TDAH » et « Hallucinations ».

En période « APRÈS », les motifs essentiels de prise en soin retrouvés sont la tentative d'autolyse et les idées suicidaires, mettant ainsi la problématique suicidaire au premier plan. Ceci représente donc le second changement dans le profil des jeunes pris en soin, il s'agit d'avantage de problématiques suicidaires.

La proportion de tentatives d'autolyse en 2019-2020 était d'un quart du nombre total de prises en soins et en 2021-2022, elle est supérieure à un tiers, **validant ainsi notre première hypothèse** qui était qu'à distance de la crise sanitaire, la proportion de prises en soins pour ce motif avait augmenté.

La proportion d'informations préoccupantes rédigées en période « AVANT » est de 8,3 % pour 24,2 % en période « APRÈS », **validant ainsi la seconde hypothèse** qui était en lien avec l'augmentation des violences intra-familiales, on pourrait donc faire le rapprochement entre confinement et violences. Afin de préciser un lien causal, il faudrait réaliser une étude qualitative, bien qu'il serait néanmoins difficile à établir.

La prévalence féminine de la problématique suicidaire (TA+IDS) est effective en pré-Covid, comme en post-Covid, représentant une proportion approximative de un quart du nombre de consultations totales en période « APRÈS » et presque un tiers en période « AVANT ».

Il s'agirait donc bien d'une problématique essentiellement féminine pour les personnes ayant recours aux soins d'urgence ainsi que nous le retrouvons dans la littérature, **validant la troisième hypothèse de prévalence féminine.**

L'âge des jeunes filles et plus globalement des jeunes présentant une problématique suicidaire se situe majoritairement en post COVID à 14,3 ans. Ces données sont à mettre en lien avec la période du premier confinement, car les jeunes qui sont nés en 2008 étaient en sixième en mars 2020.

En période « AVANT », on retrouve également une prévalence féminine à 13 ans dans les problématiques suicidaires, rejoignant les tendances nationales et rejoignant l'étude de la DREES de 2017.

Nous vérifions donc l'hypothèse selon laquelle ce seraient **les adolescentes vers l'âge de 13/14 ans qui sont les plus à risque de problématiques suicidaires** en comparaison aux plus jeunes, Covid dépendant ou pas.

Concernant les addictions et troubles alimentaires, nous avons pensé à relever ces données au regard de leur corrélation avec la problématique suicidaire, mais ces données ne sont pas pour le moment relevées systématiquement lors des entretiens avec les jeunes et ne figurent pas dans les dossiers. Il serait intéressant d'obtenir ces informations par une étude qualitative lors des entretiens avec les adolescents consultant à l'ELU afin d'affiner les profils des jeunes pris en charge, en écho à l'étude ENABEE. Ainsi, cela permettrait de mieux cibler les différents types de prévention à réaliser.

Ainsi que nous avons pu le voir, la prédiction du passage à l'acte suicidaire est fortement influencé par un premier acte suicidaire dans les 12 mois précédents. Dans notre étude, 12 jeunes

sont passés deux fois au moins, dont un, trois fois, aux urgences la même année pour la période « APRES » alors que pour la période « AVANT » il n'y en avait pas du tout. Sur les 12 jeunes, 9 ont une problématique suicidaire. Ceci révèle l'importance de la prévention secondaire.

### 3- Proposition d'actions en relation avec la pratique avancée

Selon le rapport de la Cour des Comptes de mars 2023<sup>[27]</sup>, la baisse de la démographie médicale a entraîné une diminution de 34 % de pédopsychiatres de 2010 à 2022 pour des consultations qui ont augmenté depuis la crise sanitaire.

Entre 750 000 et 850 000 enfants et adolescents reçoivent des soins annuellement sur le territoire français pour des problématiques légères, modérées ou sévères.

Comme chez les adultes, le nombre de lits d'hospitalisation a diminué au profit des prises en soin principalement en CMP.

Les CMP remplissent des missions très variées au regard de la circulaire du 16 mars 1972 : tant des actions de proximité que la prise en soins plus spécialisée. Ils s'articulent également avec des acteurs de premier niveau et les rôles de chacun deviennent flous. Malheureusement, les professionnels libéraux en ville méconnaissent encore trop les caractéristiques des troubles psychiques des enfants et adolescents, n'assurant pas suffisamment la porte d'entrée dans le parcours de soins.

En amont de ce parcours, les pouvoirs publics ont essayé de développer une prévention de ces troubles auprès des mères et des nourrissons avec le projet national des « 1000 jours ».

Dans le milieu scolaire, notamment dans le secondaire, l'orientation des professionnels sanitaires reste encore trop centré sur les missions d'orientation scolaire, au détriment du dépistage et de l'orientation des jeunes souffrant de troubles psychiques.

Dans ce cadre, sur le territoire Lensois, notre CLSM travaille en collaboration avec le milieu scolaire afin de réunir le scolaire et le sanitaire sur une même problématique. L'IPA s'inscrit dans ce projet en participant aux réunions d'information, en intervenant dans des forums, en créant un réseau avec le système éducatif et en participant aux projets de la SISM (Semaine d'information en Santé Mentale). Il/Elle peut également s'inscrire dans un processus de réhabilitation dans les cas de décrochage scolaire. Notre coordinatrice de CLSM sur le territoire Lens/Hénin sollicite volontiers les IPA pour les projets d'information en santé mentale. Une pièce de théâtre a été organisée en 2019 en partenariat entre les différentes unités de prise en soins de psychiatrie du GHT en vue de cette information.

Dans ce contexte les CMP restent les portes d'entrée du parcours de soins mais sont submergés de demandes (d'information, de suivi, de conseils) pour des troubles de légers à sévères.

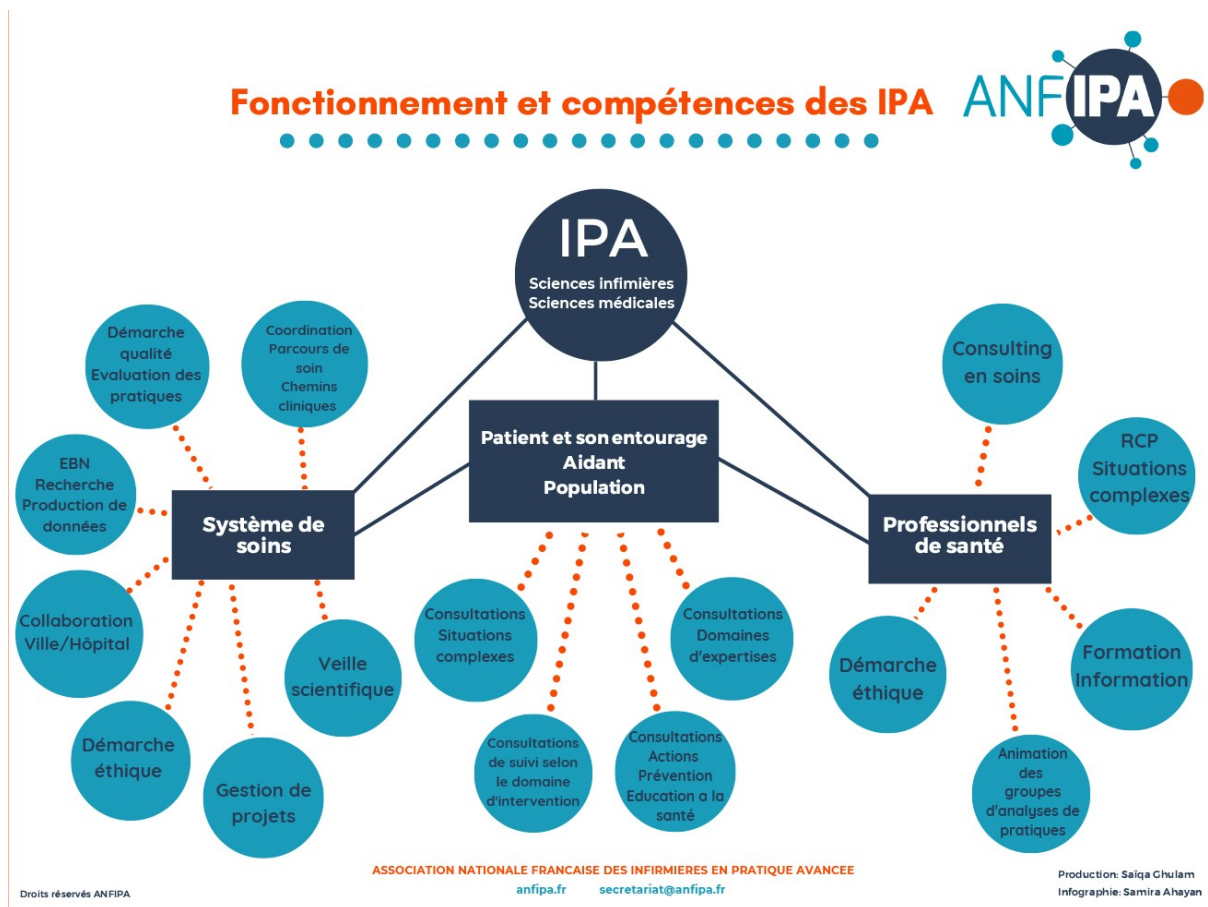
Pour pallier à cette situation sur notre territoire Lensois, le Dr Blond, chef de service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, a réorganisé le service de l'ELU (lors du premier confinement) destiné à prendre en soins les demandes les plus urgentes, marquées en majorité par les crises suicidaires d'adolescents de 11/15 ans, ainsi que cette étude l'a démontré. La structuration des soins a permis une prise en soins plus efficiente des problématiques urgentes.

L'équipe travaille en collaboration avec les parents, les MDA (maison des adolescents), MDS (maison de solidarité), collèges, lycées, et plus globalement tous les interlocuteurs de l'adolescent. L'IPA trouve son rôle dans la coordination des soins en partenariat avec ces différents interlocuteurs, notamment en proposant des réunions de concertation pluriprofessionnelles, en coordonnant les soins entre l'ELU et le CMPP, en s'assurant du suivi du parcours de soins du jeune sur protocole d'organisation avec le/la pédopsychiatre. Il/Elle participe également à l'établissement du lien entre le CMPP et le CATTP pour la suite de la prise en soins.

Afin d'assurer un accueil de première ligne plus efficace, l'expérimentation de maisons de l'enfance et de l'adolescence pourrait être envisagée. Un(e) IPA peut s'inscrire dans ce projet au regard de sa compétence de leadership et d'expert clinique pour informer les différents professionnels impliqués dans ce projet et le co-construire, l'objectif étant une offre de soins de première ligne et une prise en soins psychiatrique et somatique.

La finalité est que les CMP pourraient ainsi se consacrer aux troubles de « modérés » à « sévères », pour une prise en soins de première ligne des troubles légers.

Quelles sont les compétences de l'IPA ? Et comment il/elle peut trouver un rôle dans la prévention de la crise suicidaire chez l'adolescent ?



## Les compétences IPA (référentiel de compétences de l'arrêté du 18 juillet 2018) :

Compétence 1 : Évaluer l'état de santé des patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées,

Compétence 2 : Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé,

Compétence 3 : Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques,

Compétence 4: Organiser les parcours de soins de santé de patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés,

Compétence 5 : Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership cliniques,

Compétence 6 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

## Les propositions d'actions

### **En prévention primaire :**

#### **- L'information et la formation des familles aux troubles psychiques :**

Les parents d'adolescents sont parfois en difficulté face aux troubles présentés par les adolescents, il peut s'agir de troubles du comportement comme l'opposition, l'agressivité, les troubles somatiques que l'on peut trouver au premier plan de la souffrance psychique. Aider au repérage des troubles et aux actions à entreprendre peut permettre de rétablir le lien de communication au sein de la famille (annexe 2). L'IPA peut intervenir en soins primaires, par exemple en proposant des consultations en partenariat avec les mairies, dans les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), mais aussi les médiathèques, les salles de sport etc...

Être au plus proche de la population, tels les « psychologues de rue » (une sur notre territoire Lens/Hénin), les « éducateurs de rue », semble essentiel en cette période post COVID, afin d'effectuer un dépistage « de masse » des troubles légers qui peuvent s'amplifier ou des troubles modérés à sévères avec orientation vers les services adaptés. Cela permettrait un lien direct avec les médecins traitants, les pédopsychiatres et psychiatres (en fonction de l'âge) sur protocole d'organisation médical et en lien avec les différentes unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les différents acteurs. A ce jour, cela impliquerait le développement de l'ELU sur des missions de soins primaires, mais aussi une mobilisation générale de toute la psychiatrie.

#### **- La formation des professionnels de proximité de l'adolescent :**

Les professionnels de ville en contact avec l'adolescent sont encore, nous l'avons vu, peu sensibilisés au dépistage des troubles psychiques. La réussite scolaire est au premier plan dans les collèges. Au cours de cette recherche, la première intention était de réaliser un dépistage en collège auprès des jeunes de 11/15 ans (de la sixième à la troisième) mais ce projet a été refusé par la rectrice de l'académie. Dans un second temps, des entretiens avec les infirmières scolaires ont été réalisés afin d'évaluer leurs outils de prise en soins et identifier leurs besoins. Il s'est avéré qu'elles n'ont pas d'outils à leur disposition pour dépister le risque suicidaire, l'anxiété et la dépression chez les jeunes. Les trois infirmières interrogées sur notre territoire expliquent avoir reçu pour seule formation un entretien d'évaluation du risque suicidaire mais ne pas connaître les outils tels le RUD, l'HAD, et le test BITS (Brimades, Insomnie, Tabac, Stress).

Il serait probablement bénéfique que l'IPA puisse apporter une formation aux outils de dépistage, notamment l'outil « test BITS ».

Pourquoi ce test de dépistage simple et rapide peut s'avérer essentiel ? (annexe 3)

Ce test fait suite à un autre outil, le test « TSTS cafard » qui a du être actualisé car ne prenait pas en compte le téléphone mobile et l'utilisation d'internet. Cependant, de nouveaux comportements délétères sont apparus avec ces moyens de communication. Ce test a donc été actualisé et simplifié. A partir de la littérature, les troubles ont été répartis en 4 groupes : les troubles bio (sommeil et cauchemars), les troubles psycho (stress familial ou scolaire), le trouble social (brimades et bagarres) et l'acte choisi (le tabac).

Une étude multicentrique (17 sites d'investigation) a été réalisée en 2017 par la faculté de médecine de Poitiers impliquant les médecins généralistes, quel que soit le motif de consultation, chez des jeunes de 13/18 ans. Il a permis d'identifier que 13 % des adolescents présentaient une problématique suicidaire, alors que seulement 2 % étaient déjà connus des médecins.

« Ce test repère donc des problématiques suicidaires non connues dans 11 % de toutes les consultations d'adolescents »<sup>[28]</sup>

Il pourrait être utilisé au collège par les infirmières scolaires, en complément de l'examen clinique habituel, afin d'orienter vers une problématique suicidaire. Suite à ce dépistage, l'infirmière scolaire pourrait interpeler les professionnels de seconde ligne (IPA, IDE de l'ELU afin d'évaluer la situation, son urgence etc...) et les dispositifs à mettre en place avec les jeunes, en partenariat avec les parents ou tuteurs, les MDS, MDA, et ainsi impliquer tous les acteurs nécessaires. Le suivi par un pédopsychiatre n'est pas toujours nécessaire, mais les situations préoccupantes doivent être évaluées avec lui/elle ainsi que tous les enfants et adolescents pris en soins. C'est le médecin qui juge de l'orientation thérapeutique à suivre. Dans tous les cas, le travail IPA, IDE, de l'activité de l'ELU, se réalise soit par protocole d'organisation pour l'IPA, soit sous couvert de la prescription médicale. Il est cependant nécessaire d'avoir une expertise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour intégrer ce service où l'autonomie est essentielle à la prise en soins.

### **En prévention secondaire :**

Nous parlerons de prévention secondaire quand un premier geste suicidaire a été pris en soins par l'ELU. Dans ce cadre, nous avons créé un outil, le plan de crise (annexe 4), en collaboration pluridisciplinaire (étudiante IPA/IDE). Il a pour objectif la mobilisation des ressources du jeune en cas de repérage de signes qui le mettent en danger. Il mobilise la capacité de coping. Il s'appuie sur les signaux d'alarme, les stratégies d'adaptation en solo, les stratégies sociales, les personnes ressources (d'où l'intérêt de former les personnes ressources), les moyens à prendre pour sécuriser l'environnement. Nous nous sommes appuyés pour la réalisation de cet outil sur le « guide



d'élaboration du plan de sécurité » de l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en santé mentale (AQIISM) (annexe 5).

Cet outil a été utilisé lors des entretiens de suivi du geste suicidaire dans le but de prévenir la récurrence. Une recherche concernant l'efficacité de ce support permettrait de mesurer les récurrences de geste suicidaire par le biais du nombre de passages aux urgences pour ce motif.

## CONCLUSION

---

A travers cette étude, nous avons pu identifier une modification des profils de jeunes pris en soin en période post crise sanitaire. La modification la plus importante est l'augmentation des consultations d'urgence pour les problématiques suicidaires. Ces variations de données sont observées en comparant la période pré et post Covid-19, ce qui conforte l'hypothèse de l'impact de la crise sanitaire sur la santé psychique en population pédiatrique, particulièrement chez les adolescents collégiens, dans une période plus étendue que les périodes de confinement.

L'étude ENABEE menée en 2022 auprès des 3-11 ans viendra nous apporter des données qualitatives supplémentaires (premiers résultats prévus en juin 2023), et sera étendue aux collégiens ensuite, venant probablement conforter nos résultats.

Sur le plan clinique, ce travail sert de point d'appel quant au côté faussement rassurant d'une « fin de crise sanitaire » avec des conséquences qui perdurent. Une restructuration de l'offre de l'accès au soin semblerait pouvoir améliorer la situation actuelle en partenariat psychiatrie adulte/psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans laquelle l'IPA trouve toute sa place principalement dans les domaines de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination des soins.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. DREES. Enabee : étude nationale sur le bien-être des enfants [Internet]. 2017; Available from: [enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants.html](http://enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants.html)
2. Dvorsky MR, Breaux R, Becker SP. Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;1829-31.
3. Vitiello B, Plener PL, Clemens V, Fegert JM. Défis et fardeau de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19) pour la santé mentale des enfants et des adolescents : un examen narratif pour mettre évidence les besoins cliniques et de recherche dans la phase aiguë et le long retour à la normalité. 2020.
4. Pommereau X. « Je ne voulais pas mourir, je voulais juste me tuer ». Les conduites suicidaires à l'adolescence. In: *Recherche bonheur désespérément...* 2010. page 55-61.
5. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Publ Psychiatry Res* 2020;vol 291.
6. Jeammet P, Bochereau D. La souffrance des adolescents: quand les troubles s'aggravent signaux d'alerte et prise en charge. Paris: la Découverte; 2007.
7. Abbadi K. *Infirmier en pratique avancée: mention psychiatrie et santé mentale*. Paris: Sup'Foucher; 2022.
8. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000;
9. Williams M. *Cry of Pain: Understanding Suicide and the Suicidal Mind*.
10. Joiner T. *Why People Die by Suicide*. 1st edition. Cambridge, Massachusetts London, England: Harvard University Press; 2007.
11. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2017;vol 210(n°6):p.396-402.
12. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci* 2018;vol.63(n°1):p.162-171.
13. Castaing E (DREES/DIRECTION). *L'état de santé de la population en France*. 2022;
14. Santé Publique France. *Santé mentale*. Point mensuel, 9 janvier 2023.
15. Purper-Ouakil D. Crise sanitaire et santé mentale des ados : premier bilan contrasté. *L'école Parents* 2021;vol.640(n°3):p.8-11.
16. Santé Publique France. *Santé mentale et COVID-19 Conduites suicidaires*. 2023.
17. CESER HdF - *Rapport-avis Santé mentale (18012022).pdf* [Internet]. Google Docs [cité 2023 mars 9]; Available from:

[https://drive.google.com/file/d/1EJaxjKw5Gc3x5aQJZmxnT\\_VZG4BYZxycy/view?usp=drive\\_web&usp=embed\\_facebook](https://drive.google.com/file/d/1EJaxjKw5Gc3x5aQJZmxnT_VZG4BYZxycy/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook)

18. Périsset D, Cohen D. Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Carnet PSY* 2003;85(8):29-31.
19. Williams M. *Cry of Pain: Understanding Suicide and the Suicidal Mind*. Piatkus; 2014.
20. Bhatia R. Editorial: Effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2020;vol.33(n°6):p.568.
21. Jamme J, Le Scouëzec P. Un portrait du Pas-de-Calais - Insee Analyses Hauts-de-France - 35 [Internet]. INSEE2016; Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2537441>
22. INSPQ. Taux de suicide et milieux défavorisés - Des résultats alarmants [Internet]. 2019; Available from: <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/taux-de-suicide-et-milieus-defavorises-des-resultats-alarmants-874173112.html>
23. Ministère de la santé et de la prévention. Le dispositif de recontact Vigilans. Ministère Santé Prév.2023;
24. Numéro national de prévention du suicide - 3114 [Internet]. [cité 2023 mai 15]; Available from: <https://3114.fr/>
25. Santé Publique France. Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure [Internet]. 2022; Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>
26. Chevalier E, Brenek S, Medjkane F, Kfoury P, Vincent C, Duhem S, et al. Étude rétrospective et comparative de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité d'une unité d'urgence pédopsychiatrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2023;vol.71(n°1):p.35-43.
27. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023;
28. Binder PP, Heintz DAL, Pousse DASF, Haller DD, Tudrej DB, Vanderkam DP, et al. Le BITS-test aide au repérage des problématiques suicidaires et des scarifications des 13-18 ans vus en médecine générale. *Early Interv Psychiatry* 2019;

# ANNEXES

## ANNEXE 1

Activité de l'ELU du 06 mars 2019 au 06 mars 2020							
Sexe	Année naissance	Motif de Prise en Charge	Problématique suicidaire	Information préoccupante	Addition	Passages ELU sur un an	Trouble alimentaire
M	2003	Syindr dépressif	N	O	NA	1	N
M	2005	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	NA	NA	N	NA	1	N
F	2004	TA	O	N	NA	1	N
NA	NA	IDS	O	N	NA	1	N
M	2006	Syindr dépressif	N	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	2007	TA	O	N	NA	1	N
M	2005	IDS	O	N	NA	1	N
F	2004	IDS	O	N	NA	1	N
F	2004	IDS	O	N	NA	1	N
F	2005	Crise clastique	N	N	NA	1	N
M	2008	TA	O	N	NA	1	N
M	2004	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	TA	O	N	NA	1	N
M	2007	Syindr dépressif	N	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	2013	Crise clastique	N	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	2008	Crise clastique	N	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	NA	IDS	O	NA	NA	1	N
F	2004	IDS	O	N	NA	1	N
F	2004	Crise clastique	N	N	NA	1	N
F	2008	Syindr dépressif	N	N	NA	1	N
M	2005	Crise clastique	N	N	NA	1	N
M	NA	Crise clastique	N	N	NA	1	N
M	2004	TA	O	N	NA	1	N

F	2003	TA	O	N	NA	1	N	
F	2005	IDS	O	N	NA	1	N	
F	2007	Crise clastique	N	O	NA	1	N	
M	2010	Crise clastique	N	N	NA	1	N	
F	2004	TA	O	O	NA	1	N	
F	2008	Hallucination s	N	N	NA	1	N	
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N	
M	2013	TDAH	N	N	NA	1	N	
Légende : TA : Tentative d'autolyse ; IDS : Idées suicidaires ; TDAH :								
Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité								

### Activité de l'ELU du 15 novembre 2021 au 15 novembre 2022

Sexe	Année naissance	Motif de Prise en Charge	Problématique suicidaire	Information préoccupante	Addic tion	Passages ELU sur un an	Trouble alimentaire
F	2010	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	O	N	1	N
F	2009	TA	O	N	N	1	N
F	2008	TA	O	O	N	1	O
F	2008	TA	O	O	N	1	O
F	2007	IDS	O	N	N	1	N
M	2009	Crise clastique	N	N	N	1	N
F	2008	TA	O	O	N	1	N
F	2008	TA	O	N	N	1	N
F	2008	TA	O	N	N	1	N
M	2008	IDS	O	N	N	1	N
F	2006	Anxiété	N	N	N	1	N
M	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2009	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	N	NA	1	N
M	2010	IDS	O	N	NA	1	N
M	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2009	TA	O	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	2006	IDS	O	O	O	1	N
F	2007	TA	O	O	NA	1	N
F	2009	TA	O	N	NA	1	N
F	2006	TA	O	N	NA	1	N

F	2009	TA	O	O	NA	1	N
F	2006	TA	O	O	NA	1	N
F	2006	TA	O	O	NA	1	N
F	2008	IDS	O	O	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2007	TA	O	N	N	1	N
F	2008	TA	O	N	NA	1	N
M	2010	Crise clastique	N	O	N	1	N
F	2006	TCA	N	N	NA	1	O
F	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2008	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2010	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	Syindr dépressif	N	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	N	NA	1	O
F	2007	IDS	O	N	NA	1	O
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
F	2007	TA	O	N	NA	1	N
F	2006	TA	O	N	NA	1	O
F	2008	TA	O	N	NA	1	O
M	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2010	SSPT	N	O	NA	1	N
F	2007	TA	O	O	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2007	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	Crise clastique	N	O	NA	1	N
F	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	O	NA	1	N
F	2006	IDS	O	O	NA	1	N
M	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	O	1	N
F	2008	TA	O	N	NA	1	N
F	2009	TA	O	O	NA	1	N
F	2007	SSPT	N	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	O	NA	1	N
F	2006	Anxiété	N	N	NA	1	N
M	2008	TA	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	O	NA	1	N
F	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2009	IDS	O	N	NA	1	N
F	2006	TA	O	O	NA	2	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
M	2008	IDS	O	N	NA	1	N

M	2007	TA	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
M	2006	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	N	NA	1	N
F	2009	TCA	N	N	NA	1	O
F	2007	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2009	TA	O	N	NA	1	N
M	2006	TA	O	N	NA	1	N
M	2007	TA	O	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	O	2	N
M	2006	IDS	O	N	NA	1	N
F	2010	IDS	O	O	NA	1	N
F	2006	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	O	NA	1	N
M	2010	IDS	O	O	NA	2	N
M	2009	SSPT	N	N	NA	1	N
F	2009	Anxiété	N	N	NA	1	N
F	2008	Crise clastique	N	O	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2009	TCA	N	N	NA	1	O
M	2006	TA	O	N	NA	2	N
F	2010	Crise clastique	N	O	NA	2	N
F	2007	IDS	O	N	NA	2	N
F	2006	IDS	O	N	NA	1	N
F	2007	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	Anxiété	N	N	NA	2	N
M	2010	IDS	O	N	NA	1	N
F	2010	IDS	O	O	NA	1	N
M	2007	TA	O	N	NA	1	N
F	2008	IDS	O	N	NA	1	N
F	2008	TA	O	O	NA	2	N
F	2008	IDS	O	N	NA	2	N
M	2010	IDS	O	N	NA	1	N
F	2010	TCA	N	O	NA	1	O
F	2008	TA	O	N	NA	3	N
F	2007	IDS	O	N	NA	2	N
F	2008	TA	O	O	NA	2	N
F	2010	TCA	N	N	NA	1	O
F	2008	TCA	N	N	N	1	O
F	2007	IDS	O	N	N	1	N
F	2007	IDS	O	N	N	1	N
M	2007	IDS	O	N	N	1	N
M	2008	TCA	N	N	N	1	O
F	2006	TA	O	N	N	1	N
M	2009	IDS	O	O	N	1	N
F	2007	Crise clastique	N	N	O	1	N
F	2009	IDS	O	N	N	2	N
F	2008	IDS	O	N	N	1	N

F	2010	Crise clastique	N	N	N	1 N
Légende : TA : Tentative d'autolyse ; IDS : Idées suicidaires ; TCA : troubles du comportement alimentaire ; SSPT : Syndrome de stress post traumatique						



« Aider au repérage des conduites suicidaires »



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQISM)



DÉTECTION DES PERSONNES  
À RISQUE SUICIDAIRE

GROUPES À RISQUE (Bazin et al., p. 14 ; OIIQ p. 19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homme</li> <li>• Trouble mental (notamment troubles de l'humeur, trouble de personnalité, schizophrénie)</li> <li>• Dépendance (alcool, drogues, jeu)</li> <li>• Suicide dans la famille</li> <li>• Tentatives antérieures (notamment dans l'année précédente)</li> <li>• Trait d'impulsivité et de violence</li> <li>• Victime de violence pendant l'enfance (principalement sexuelle)</li> <li>• Autochtones</li> <li>• Appartenance à la communauté LGBTQ2+</li> </ul>

MOMENTS CRITIQUES/ ÉVÉNEMENTS PRÉCIPITANTS (Bazin et al., p. 14 et 15 ; OIIQ, 2007)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes significatives (ex. : emploi, argent, statut, rupture amoureuse)</li> <li>• Échecs touchant les raisons de vivre</li> <li>• Événements vécus de façon honteuse ou humiliante</li> <li>• Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle, viol)</li> <li>• Démêlés avec la justice</li> <li>• Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital)</li> <li>• Situation de violence conjugale</li> <li>• Annonce d'un diagnostic (ex. diagnostic psychiatrique, cancer, etc.)</li> <li>• Enjeux de médication (ex. : premier mois d'antidépresseur, dosage, assiduité)</li> <li>• Enjeux liés à la dépendance (ex. : rechute, down de stimulants, sevrage, perte significative d'argent liée à la dépendance)</li> </ul>

SIGNES AVANT-COUREURS DE SUICIDE (Bazin et al., p. 14 ; OIIQ p. 18)	
<b>Propos directs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « J'ai le goût de mourir »</li> <li>• « Je veux en finir »</li> </ul>
<b>Propos indirects</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Vous seriez bien mieux sans moi »</li> <li>• « Bientôt, je n'aurai plus de problèmes »</li> </ul>
<b>Préparatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'une lettre d'intention</li> <li>• Dons d'objets</li> <li>• Préparation de documents légaux (testament)</li> </ul>
<b>Manifestations comportementales générales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt soudain pour le suicide</li> <li>• Isolement</li> <li>• Rémission spontanée</li> <li>• Délire de persécution</li> <li>• Hallucination auditive mandatoire dictant de se faire du mal</li> <li>• Négligence du corps</li> <li>• Changements de comportements</li> <li>• Douleur ou malaise sans cause physique (somatisation)</li> </ul>
<b>Manifestations spécifiques chez les adolescents (14 ans et plus)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du rendement scolaire/absentéisme scolaire</li> <li>• Hyperactivité</li> <li>• Conflits avec l'autorité</li> <li>• Blessures répétitives</li> <li>• Prise de risques inconsidérés</li> <li>• Isolement</li> <li>• Changement dans la consommation de drogues ou d'alcool</li> <li>• Changement des habitudes alimentaires et de sommeil</li> <li>• Conflits interpersonnels (harcèlement, intimidation, homophobie)</li> <li>• Comportements à risque</li> </ul>
<b>Manifestations spécifiques chez les adultes et principalement chez les hommes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'investissement ou au contraire surinvestissement au travail</li> <li>• Augmentation de la consommation de drogues, d'alcool ou autres dépendances</li> <li>• Irritabilité voire comportement agressif</li> <li>• Effritement des relations interpersonnelles</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Insomnie</li> <li>• Somatisation entraînant des consultations médicales pour des raisons vagues</li> <li>• Perte d'intérêt pour les activités sociales</li> </ul> <p>Note : les mêmes manifestations peuvent être présentes chez les femmes, mais l'expression des émotions est généralement plus claire (p. ex., verbalisation de la douleur, pleurs, demande d'aide explicite)</p>
<b>Manifestations spécifiques chez les personnes âgées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repli sur soi</li> <li>• Refus de s'alimenter</li> <li>• Refus de soins</li> <li>• Manque de communication</li> <li>• Perte d'intérêt pour les activités</li> <li>• Manque de fidélité au traitement</li> </ul>

Références : <https://www.aqism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>



Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

### Le BITS test

Les questions :

- as-tu été **Brimé** à l'école  
et violences en dehors?
- as-tu des **Insomnies**  
et des cauchemars ?
- fumes-tu du **Tabac**  
tous les jours?
- es-tu **Stressé**  
par le travail scolaire/ en famille ?



### Le BITS test

Thème	1 point	2 points	score
<b>B rimades</b>	à l'école	hors école	••
<b>I nsomnies</b>	fréquentes	cauchemars	••
<b>T abac</b>	irrégulier	quotidien	••
<b>S tress</b>	scolaire OU familial	ET	••

score max 8 points

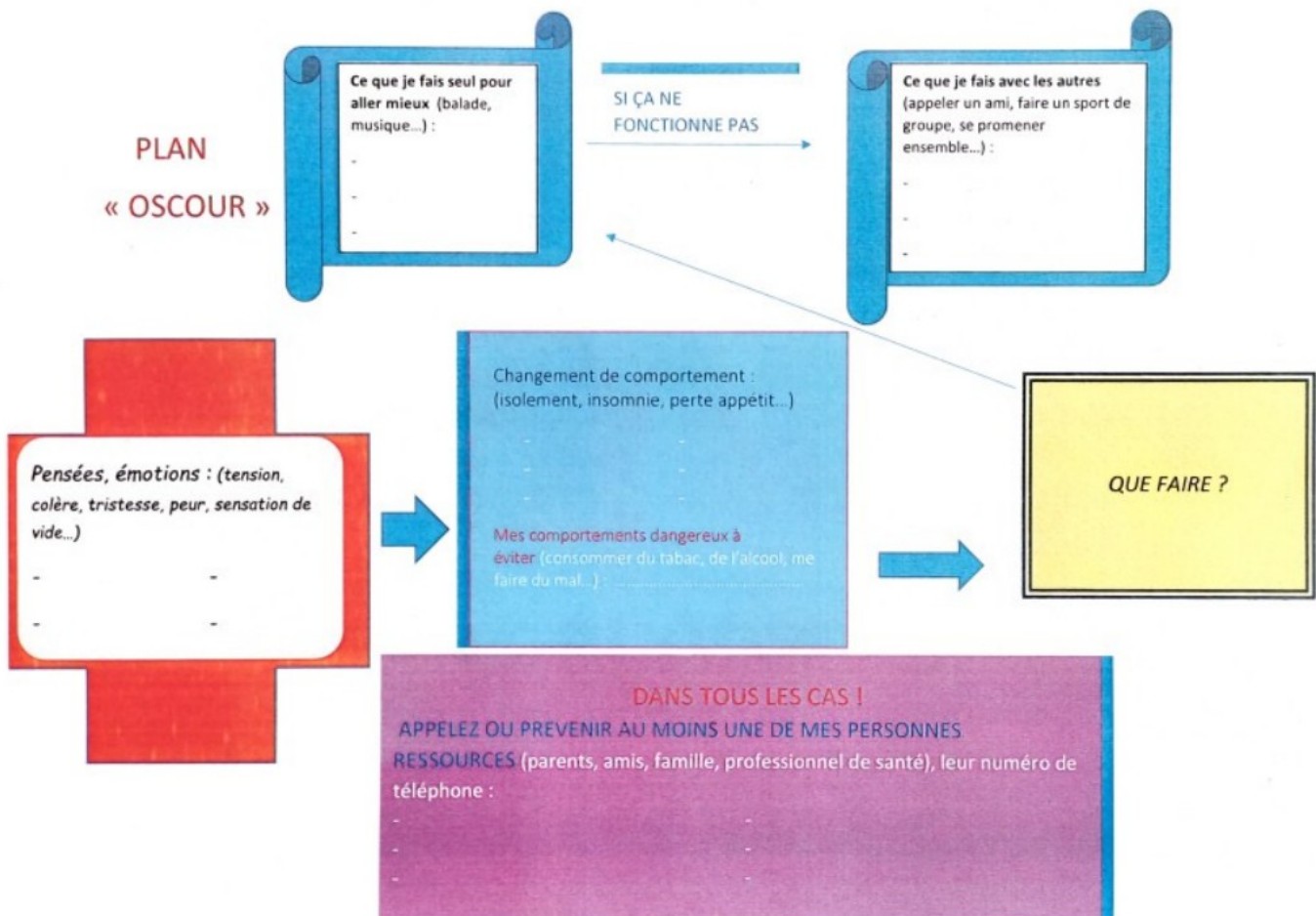
Le score maximal est 8 points. **A 3 points et plus, interroger sur des idées ou tentatives de suicide.**

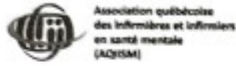
ANNEXE 4



Guide « OSCOUR »

Réalisé en collaboration avec l'ELU et utilisé au sein de cette unité lors du stage de deuxième année en tant que « Plan de Crise » en prévention secondaire du geste suicidaire chez l'adolescent jeune (11/14 ans).





PRÉVENTION & GESTION  
DES CONDUITES SUICIDAIRES  
en milieu hospitalier



## GUIDE D'ÉLABORATION DU PLAN DE SÉCURITÉ

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Date d'élaboration : \_\_\_\_\_ Date de révision : \_\_\_\_\_

### Étape 1 : Mes signaux d'alarme

Pour procéder à cette première étape et soutenir la personne dans la reconnaissance d'un risque suicidaire, le professionnel doit explorer avec la personne ses signaux propres et significatifs indiquant l'annonce potentielle d'une crise suicidaire. Il doit amener la personne à dépister ses signaux d'alarme et à les décrire de la façon la plus précise possible :

- Ses pensées et émotions comme de la tension, irritabilité, tristesse, sensation de vide, perte d'espoir, impuissance, images mentales négatives, etc. ;
- Des changements dans son comportement ou des événements tels qu'un échec, de l'isolement, de l'insomnie, etc.

---

---

---

### Étape 2 : Mes stratégies d'adaptation en solo

Pour cette étape, la personne identifie ses stratégies adaptatives auxquelles elle pourra avoir recours de façon autonome afin d'exercer un plus grand contrôle sur ses idées suicidaires. Ces stratégies peuvent être de promener le chien, de courir, d'écouter de la musique ou un film, d'effectuer des sudokus, du ménage, etc.

---

---

---

Références : <https://www.aqism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>

Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

## ANNEXE 5 suite

### Étapes 3 : Mes stratégies sociales

La personne sélectionne des activités ainsi que des personnes de son entourage susceptibles de la distraire pour la détourner de ses idées suicidaires. Par exemple, téléphoner à un ami, retourner au club de marche, suivre un cours d'équitation de groupe, etc.

---

---

---

### Étapes 4 : Mes personnes ressources

Pour cette étape, la personne désigne les gens de son entourage susceptibles de la soutenir concrètement à la détourner de ses pensées suicidaires envahissantes. Les personnes en mesure d'offrir ce type de soutien sont idéalement au fait du plan de sécurité, du type de soutien attendu et sont consentantes à intervenir en ce sens. Le passage à cette étape par la personne signifie généralement que les stratégies précédentes se sont avérées insuffisantes.

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

### Étapes 5 : Mes ressources spécialisées et professionnelles à contacter lors d'une crise

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Hôpital : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Centre de prévention du suicide : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Centre de crise : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

### Étape 6 : Mes moyens à prendre pour sécuriser mon environnement

Dans le cas où la personne à risque a fait état d'un plan suicidaire, dont on connaît les moyens, il est impératif d'obtenir de sa part un engagement pour limiter l'accès aux moyens dans un délai convenu. Cette étape consiste à aider la personne à identifier ces moyens ainsi que ceux permettant de rendre globalement son environnement plus sécuritaire. Par exemple : Ma conjointe maintiendra les médicaments disponibles à la maison sous clé ; j'ai convenu avec un ami qu'il viendra dormir avec moi à la maison durant le voyage de deux jours de ma conjointe.

---

---

---

Références : <https://www.aqlism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>



Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

**AUTEURE : Nom : DEPEYRE Prénom : Sabine**  
**05 juillet 2023**

**Le risque suicidaire chez les adolescents : une étude rétrospective et comparative de l'impact de la période « crise sanitaire » sur l'activité de l'unité d'urgence pédopsychiatrique du Centre Hospitalier de Lens**

**Mots clés :** Tentative de suicide, idées suicidaires, crise suicidaire, facteurs de risque, Équipe de Liaison d'Urgence.

**Résumé :**

Objectif :

Mesurer l'évolution des profils quant à la proportion d'adolescents pris en soins pour une problématique suicidaire pour ajuster notre prévention. L'objectif de ce travail est de décrire le profil des jeunes consultant l'ELU par le biais de l'accès aux soins psychiques d'urgence entre la période pré et post COVID 19.

Méthode :

Étude quantitative monocentrique, rétrospective et comparative entre les périodes pré et post COVID-19 sur 161 personnes. Comparaison relative au nombre total d'entrées, au motif d'entrée, sexe, âge des jeunes pris en soins dans une démarche d'ajustement des missions IPA.

Résultats :

- Augmentation du nombre de prises en soins à l'ELU,
- Prévalence féminine,
- Prévalence des motifs « Tentative d'Autolyse » et « Idées suicidaires »,
- Age où les troubles prédominent : pré-COVID : 12,9 ans ; post-COVID:14,3 ans,
- Contexte social altéré avec un nombre important d'« Informations préoccupantes ».

Conclusion :

Ce travail nous éclaire quant aux vulnérabilités en terme de profil des adolescents en période post COVID-19 et permet de décrire les sujets à risque.

Le rôle IPA trouve son sens en prévention primaire et secondaire.

**Abstract :**

Objective:

To measure changes in the proportion of adolescents receiving care for suicidal problems, in order to adjust our prevention efforts. The aim of this work is to describe the profile of young people consulting the ELU through access to emergency psychological care between the pre- and post-COVID 19 periods.

Method:

Monocentric, retrospective and comparative quantitative study between the pre- and post-COVID-19 periods on 161 individuals. Comparison relative to total number of admissions, reason for admission, gender, age of young people taken into care in an approach to adjusting IPA missions.

Results:

- Increase in the number of ELU admissions,
- Female prevalence,
- Prevalence of "Autolysis attempt" and "Suicidal ideation" motives,
- Age at which disorders predominate: pre-COVID: 12.9 years; post-COVID: 14.3 years,
- Altered social context with a high number of "Information of concern".

Conclusion:

This study sheds light on the vulnerability of adolescents in the post COVID-19 period, and enables us to describe subjects at risk.

The IPA role makes sense in primary and secondary prevention.

**Directrice de mémoire : Madame la Docteure Caroline BLOND**