

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 18 juin 2018

Par M. Paul Comets

« Intoxication médicamenteuse volontaire chez le pré-adolescent »

Membres du jury :

Président : Docteur Belarbi Karim, Docteur en Pharmacie, Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie, Laboratoire de pharmacologie

Directeur, conseiller de thèse : Docteur Cézard Christine, Praticien hospitalier, Centre Anti-poison de Lille - CHU de Lille

Asseseurs : Docteur Fritz Françoise, Docteur en Pharmacie à Wambrechies

Docteur Azzouz Ramy, Docteur en Médecine générale, DESC de médecine d'urgence, déchoquage médical, soins intensifs et toxicologie. Pôle de réanimation – CHU de Lille



Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIE
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.f>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

À Monsieur Belarbi, De me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

À Madame Cézard, Je vous remercie d'avoir accepté de prendre la direction de cette thèse et d'avoir supervisé ce travail.

À Madame Fritz, et Monsieur Azzouz, D'avoir accepté d'être présents le jour de cette thèse comme membres du jury. Vous avez été pour moi, de véritables exemples et soutiens dans ma formation, que ce soit en officine ou au Centre Antipoison. Pour les nombreuses fois où nous avons partagé de bons moments ensemble, à la fin d'une journée de travail ou pendant un repas de garde, merci.

À mes parents, Je vous remercie sincèrement pour votre engagement et soutien au quotidien. Je suis extrêmement fier de pouvoir présenter cette thèse et je vous la dédie pour toutes ces années où vous vous êtes efforcés de me faire grandir sur le plan personnel et intellectuel. Il n'y a pas de mot assez puissant pour vous remercier et vous prouver à quel point je vous suis reconnaissant.

À mon frère, Merci pour tes encouragements tout au long de mes études. Tu sais à quel point j'ai souhaité m'investir dedans et tu as su, comme chaque fois depuis que je suis né, m'apporter un véritable soutien malgré la distance.

À Camille, ma fiancée, Je te remercie d'avoir été présente à chaque instant à mes côtés. Tu es une personne formidable qui a toujours su trouver les mots pour me relever quand j'étais au plus bas et me donner un cap quand j'en avais le plus besoin. Je te remercie car tu sais à quel point je désirais obtenir ce diplôme et aujourd'hui, grâce à toi, je le touche du doigt. Que l'accomplissement de ce rêve marque le début de notre avenir ensemble.

À la famille Carlier, Merci pour votre soutien et tout ce que vous avez réussi à nous apporter, à Camille et moi. Vous donnez un véritable sens à notre engagement au quotidien.

À mes collègues de la pharmacie Cambier et du Centre Antipoison de Lille, Je vous remercie d'avoir pu encadrer mes premiers pas au contact des patients. C'est une véritable chance d'avoir pu être accompagné par de tels professionnels. Je remercie particulièrement Damien Peucelle pour m'avoir donné la possibilité d'avoir accès aux données du Centre Antipoison.

À mes amis, Merci pour votre complicité, votre générosité et votre joie de vivre. Vous êtes uniques et chaque instant que nous avons passé ensemble restera longtemps gravé dans ma tête.

à Pierre,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
PARTIE I : Généralités sur le suicide	15
1) Terminologie	16
2) Notion de mort chez l'enfant.....	17
3) Notion de suicide et de risque suicidaire chez l'enfant.....	19
a) Généralités	19
b) Données épidémiologiques.....	21
4) Facteurs de risque et de protection.....	23
a) Facteurs de risque familiaux	24
b) Facteur de risque lié à une tentative de suicide antérieure.....	26
c) Facteurs de risque liés au sexe	26
d) Facteurs de risque liés à l'âge	28
e) Facteurs de risque liés à l'orientation sexuelle	28
f) Facteurs de risque psychopathologiques.....	28
g) Facteurs biologiques.....	32
h) Facteurs de risque socio-culturel	35
i) Facteurs de risque comportementaux.....	35
j) Facteurs de risque liés à la disponibilité et à la létalité des moyens utilisés	36
k) Facteurs de risque liés à l'exposition	38
l) Facteurs de risque physiques	38
m) Facteur de risque lié au harcèlement scolaire	39
n) Facteurs individuels	39
o) Facteurs de protection	41
5) Processus de la crise suicidaire	43
PARTIE II : Etudes épidémiologiques	47
1) Enquête menée auprès de pharmacies en France en avril 2018	48
2) Etude de cas issus du Centre Antipoison de Lille 2010-2017	52
a) Répartition des sexes et des âges.....	53
b) Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par mois.....	54

c) Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par année	55
d) Sévérité clinique des intoxications médicamenteuses volontaire par année (exprimé en PSS)	56
e) Sévérité clinique des intoxications médicamenteuses volontaires par sexe (exprimé en PSS)	57
f) Nombre de co-ingestions (médicaments différents)	58
g) Nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par classe thérapeutique	58
h) Classes thérapeutiques et médicaments les plus utilisés	61
i) Répartition des lieux d'exposition.....	65
j) Répartition des appelants	65
PARTIE III : Prise en charge du suicidant	67
1) La gestion du risque vital et l'organisation des soins	68
a) Eliminer le risque vital	68
b) L'hospitalisation : une recommandation formelle peu respectée	68
2) Evaluation du potentiel suicidaire d'un individu dans un service d'urgence	71
a) Prise en charge aux urgences	73
b) Evaluation de la dangerosité du geste suicidaire	74
c) Les outils d'évaluation du potentiel suicidaire chez le jeune	75
3) Prise en charge post-soins des urgences	78
a) En service hospitalier	78
b) En ambulatoire.....	79
c) Plan de sécurité et contrat de non-préjudice.....	80
d) Le suivi ultérieur.....	81
4) Des traitements médicamenteux rares.....	82
PARTIE IV : Prévention du risque suicidaire	85
1) Principes généraux	86
2) Prévention primaire	86
a) Renforcer les recherches menées sur les facteurs de risque	88
b) Prévention dans le milieu familial.....	89
c) Interventions en milieu scolaire.....	90

d) Formation des professionnels du milieu scolaire et en contact avec les jeunes adolescents potentiellement vulnérables.....	91
e) Promotion de la prévention du suicide par les médias.....	92
f) Restriction de l'accès aux moyens létaux.....	93
3) Prévention secondaire.....	94
a) Formation de « sentinelles » à l'école.....	94
b) Le screening des populations vulnérables.....	95
c) Les associations : dispositifs essentiels à l'aide à distance en santé.....	95
d) La « Carto Santé Jeunes ».....	97
e) Les maisons pour adolescents.....	97
f) Les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ).....	98
g) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP).....	98
h) Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP).....	99
4) Prévention tertiaire.....	99
a) Evaluation des facteurs de risque en ville.....	100
b) Dispositif Vigilans.....	101
5) La postvention.....	102

PARTIE V : Discussion 104

1) Des stratégies de prise en charge hospitalière à redévelopper.....	105
a) Une prise en charge hospitalière obligatoire.....	105
b) Une limitation des risques en milieu hospitalier.....	105
c) Développer et augmenter les moyens sur la sortie du patient et son suivi ultérieur.....	106
2) Renforcer l'information du public.....	106
a) Renforcer l'information du public.....	106
b) Mise en place d'un numéro vert unique.....	107
c) Encadrer la médiatisation des suicides et limiter le phénomène de contagion ..	107
d) Renforcer le rôle de la famille dans la détection des risques.....	107
e) Renforcer les interventions en milieu scolaire.....	108
3) Développer la formation des professionnels de santé.....	109
a) La détection des comportements à risque.....	109
b) La détection des signes avant-coureurs de l'acte suicidaire.....	110
c) Limiter l'accès aux moyens létaux.....	110

d) Prendre connaissance du déroulement de la prise en charge somatique et psychologique voire psychiatrique.....	111
e) Prendre connaissance des outils et centres d'accueils pour les jeunes adolescents	111
f) Comment communiquer face à une telle situation ?	112
g) Comment prendre en charge un proche, un parent ?	113
CONCLUSION	115
ANNEXES	117
BIBLIOGRAPHIE	135

INTRODUCTION

Le suicide est la deuxième cause de mortalité des adolescents après les accidents de la voie publique (*Source INSERM, 2005*). Le nombre de tentative de suicide est très élevé chez les 8-15 ans. Ainsi, pour le seul mode opératoire d'intoxication médicamenteuse volontaire, sur une période qui s'étend de 2010 à 2017, 6194 cas d'intoxications médicamenteuses volontaires (ou IMV) ont été recensés par le Centre AntiPoison de Lille.

C'est en prenant conscience de ce contexte particulier que l'ARS des Hauts de France pilote en 2018 un Projet Régional de Santé, afin de promouvoir la santé des adolescents en cherchant à agir sur leur environnement et sur leur comportement et ce dès le plus jeune âge.

L'acte suicidaire est plus difficilement repérable dans cette classe d'âges du fait de son caractère imprévisible, impulsif, violent et il peut avoir de multiples causes. Lors de la prise en charge médicale hospitalière, qui a pour rôle la suppression de toute menace sur le plan somatique, de nombreuses évaluations sont effectuées. Elles portent notamment sur : les facteurs de risques, le développement psychologique, l'environnement familial et social.

Selon une enquête que nous avons menée auprès de 175 officines de France, de nombreux professionnels ont déjà fait face à au moins une situation d'intoxication médicamenteuse volontaire. La plupart des officinaux se disent mal formés à repérer et ce genre de situation et à communiquer. Pourtant, les pharmaciens d'officine, comme l'ensemble des acteurs du milieu officinal, sont des sentinelles essentielles dans la mise en place de la détection, de l'évaluation précoce, de la prévention des risques et de l'orientation vers un centre spécialisé. L'officinal a un rôle privilégié du fait de son accessibilité, de sa proximité relationnelle, de son écoute, de ses conseils à condition qu'il soit formé à la gestion d'une telle situation.

Nous aborderons dans un premier temps, des généralités sur le suicide : de l'étude des facteurs de risque, jusqu'au phénomène suicidaire.

Ensuite, nous évoquerons différentes données épidémiologiques (questionnaire officinaux et étude des cas du centre antipoison de Lille de 2010 à 2017) en évoquant la prise en charge hospitalière d'un jeune suicidant.

Finalement, nous traiterons des différents programmes de prévention de l'acte suicidaire chez les pré-adolescents en examinant la place du pharmacien d'officine et les outils mis à sa disposition afin de gérer et d'optimiser cette prise en charge au comptoir.

PARTIE I : Généralités sur le suicide

1) Terminologie

L'**Intoxication médicamenteuse volontaire** (ou IMV) est un acte suicidaire. Elle se définit par l'ingestion volontaire de médicaments à des seuils qui peuvent être toxiques ou non. Ces médicaments ne sont pas toujours destinés au sujet lui-même : ils peuvent être destinés à des proches (parents, grands-parents, amis) ou être disponibles dans la trousse à pharmacie du domicile. Cette situation est rencontrée fréquemment en service d'urgences et généralement le pronostic est bon. Mais il ne faut pas écarter les risques de complications (médicaments cardiotropes, à risque de pneumopathie d'inhalation, etc...). L'évaluation de ce risque repose sur une anamnèse toxicologique la plus précise possible et la recherche de toxidromes (symptômes évoquant une classe de toxiques précise).

Le phénomène suicidaire peut se repérer par plusieurs types de manifestations ^{[1][2][3]}

- La **tentative de suicide** (TS) est à distinguer du **suicide** en lui-même. En effet, le suicide concerne l'acte qui vise à se donner volontairement la mort pour échapper à une situation jugée intolérable, on parle de mortalité suicidaire ou de suicidés ; tandis que la tentative de suicide implique plutôt une notion de « comportement » ou conduite visant à se donner la mort sans y parvenir mais qui conduit souvent à une hospitalisation ou à une consultation médicale. On parle alors de morbidité suicidaire ou de suicidants.
- On opposera également la **conduite/comportement suicidaire** (le sujet tente volontairement de se donner la mort : on inclut donc tentative de suicide et suicide effectif) et conduite à risques (le sujet prend des risques mais sans idée consciente ni volonté directe de mort).
- Le terme « **suicidant** » est utilisé pour désigner une personne survivant à un acte suicidaire. Le **suicidé** concerne un sujet pour lequel le geste suicidaire est mortel, dit « abouti ».
- La notion d'**idées suicidaires** désigne les pensées tournant autour du suicide (idées, impulsions, tentations, etc...) et amenant à envisager le suicide comme seul

moyen de sa propre mort. On parle d'idéation suicidaire et de personnes suicidaires.

- L'**intentionnalité suicidaire** correspond à l'intensité et la gravité du projet de suicide. Elle a pu être communiquée à un tiers (et cela constitue un indicateur de gravité).

Cependant, de nombreux auteurs démontrent que chez le pré-adolescent, le caractère impulsif l'emporte et les facteurs déclenchants de la conduite suicidaire peuvent paraître mineurs. L'intentionnalité suicidaire peut donc être très réduite dans le temps.

- La **léthalité** de l'acte suicidaire se rapporte au risque que l'acte de suicide entraîne la mort.

2) Notion de mort chez l'enfant

Les enfants n'ont pas la même représentation de la mort que les adultes [1]. C'est en cela que nous ne pouvons pas aborder la notion du « porter atteinte à soi » de la même manière que pour un adulte. On ne peut pas considérer le pré-adolescent comme un adulte en miniature mais un « petit d'homme » (Boris Cyrulnik – *Quand un enfant se donne « la mort », 2011*) avec un mode de fonctionnement qui lui est propre.

Cette idée de mort n'est pas la même en fonction de l'âge, du sexe et de l'environnement social. L'évolution de la notion de mort dans la conscience de l'enfant est un phénomène progressif qui est loin d'être un parcours linéaire avec une succession d'acquisitions fixes et bien établies. Sa chronologie est donc difficile à déterminer de manière précise. Elle semble dépendre en grande partie des expériences vécues par l'enfant, qui peuvent accélérer cette évolution comme :

- Enfant confronté à un décès dans son entourage (Cas typique des enfants dans des pays en guerre où les parents sont parfois assassinés sous leurs yeux).

- Enfant menacé dans son intégrité physique par une affection grave/chronique (profil type de l'enfant atteint d'un cancer).

Ces facteurs agissent donc comme des éléments prédisposants au risque de tentative de suicide car les sujets acquièrent une maturité dépendante des circonstances vécues par rapport à une population témoin de la même classe d'âge.

Dans une population d'une même classe d'âge dite « témoin », et donc sans facteurs de risque associés, il est évident que plus l'enfant grandit, plus sa perception de la mort évolue : [4]

- *Avant 5 ans : notions de disparition/réapparition, absence/présence.*
- *5 ans : la mort est temporaire et réversible.*
- *5-8 ans : la mort désigne ce qui est inanimé : ce « qui ne bouge pas » ; à cela, l'enfant associe progressivement des événements sociétaux (cimetière, rites religieux, etc...) ou des entités entre le mort et le vivant (fantômes, anges, etc...) ; ce couple vie-mort n'est pas perçu comme antinomique, il s'agit d'un autre état existentiel : à l'opposé de la vie.*
- *7-9 ans : la mort est un état irréversible et est universelle pour les êtres vivants (la mort est liée au vivant) ; début d'un questionnement intérieur.*
- *9-11 ans : la mort est associée à la disparition, décomposition du corps.*
- *12-13 ans : avènement de la pensée abstraite : l'enfant a les outils intellectuels pour réfléchir au sens de la vie et se pose des questions d'ordre existentiel.*

3) Notion de suicide et de risque suicidaire chez l'enfant

a) Généralités

Certaines études montrent que les jeunes enfants pourraient être protégés du suicide du fait de leur manque de maturité, indispensable à la planification de l'acte suicidaire et au développement du sentiment de désespoir et d'impuissance. Cependant, du fait de son développement et de son immaturité mentale, l'enfant agit de manière plus ou moins impulsive et est à risque devant toute stimulation/agression qu'il ne peut/sait pas gérer. De la même manière que l'acquisition de la notion de mort, celle du suicide n'est pas linéaire et est fortement influencée par l'expérience personnelle (suicide d'un proche), par l'hypermédiatisation et l'hypercommunication propre à notre époque (téléphones portables, télévision, etc...).

Le comportement suicidaire du pré-adolescent est donc à identifier comme un acte de rupture face à une situation de souffrance qu'il n'a pas les moyens de résoudre (mal-être, pathologies, difficultés relationnelles, etc...). Il existe des signes ou facteurs de risque qui sont les symboles de cette rupture d'après le Dr Xavier Pommereau, 2007 [5] : l'automutilation, les comportements abusifs (alcool, drogues, sexe), des mots clés détectables dans le discours du patient (tous les synonymes des mots « couper, déchirer, casser, rompre). S'il y a un cumul de ces signes de souffrance, il y a un réel risque de danger suicidaire pour l'enfant.

Le geste suicidaire peut donc prendre plusieurs significations [2] :

- Geste auto-agressif pour échapper à une situation difficilement supportable, deuil difficilement surmontable ou sentiment d'être une charge/poids pour autrui que seule la mort pourrait éteindre.
- Geste agressif envers autrui empruntant la voie auto-agressive par vengeance afin de créer une situation de remords et de pression contre l'autre.
- Geste sacrificiel afin de défendre une idée, une valeur jugée en péril. Il peut s'agir d'un acte protestataire.
- Geste engendré par une incapacité à s'exprimer et à continuer à vivre avec ses souffrances.

- Geste de récurrence quand l'enfant a l'impression que malgré tout, rien ne change et qu'il est toujours incompris.
- Geste pour se mettre en situation de danger afin de s'éprouver soi-même à travers des jeux morbides, à sensation. Cela peut très bien s'expliquer par un défaut de perception du risque.

Pour David Le Breton (anthropologue et sociologue), 2011 [6], « *les conduites suicidaires sont influencées par les normes sexuées qu'impose notre modèle social* ». La souffrance exprimée par les jeunes filles se traduirait par des atteintes à leur corps (douleurs, scarifications, troubles alimentaires, tentative de suicide qui apparaît comme un type d'expression de celles-ci). A contrario, les jeunes garçons traduisent leur souffrance davantage par des actes de violence et la prise de risques dont le décès par suicide est l'expression. Jean Luc Douillard (Psychologue), observe une augmentation de l'inversion de ces rôles avec des jeunes filles de plus en plus dans la violence ou les comportements à risque et des jeunes garçons qui cherchent à communiquer davantage via des troubles de l'alimentation, des jeux dangereux, des scarifications, etc...

Mishara, a publié en 1995 une étude avec pour problématique : l'évaluation de la compréhension du suicide chez les enfants de 6 à 12 ans. Les résultats sont les suivants : [4]

- *A 6 ans : aucun enfant n'a connaissance du suicide.*
- *A 7 ans : 30% des enfants savent ce qu'est le suicide.*
- *A 8 et 9 ans : 80 à 90% des enfants savent ce qu'est le suicide.*
- *Entre 10 et 12 ans : 100% des enfants savent ce qu'est le suicide.*

Il montre que la plupart des participants ont une représentation claire de la manière de se tuer : couteau, saut d'une hauteur, arme à feu, empoisonnement, etc... L'auteur démontre également qu'une large majorité en a pris connaissance par la télévision : 75% chez les 7-8 ans, 100% chez les 9-12 ans.

Berthod et al., 2013, [4] estiment qu'« il n'est pas nécessaire d'avoir une représentation achevée de la mort pour vouloir se la donner ». Par contre, l'enfant peut nommer des moyens très concrets afin de se suicider. Ainsi, le geste suicidaire ne signifierait finalement pas toujours une volonté de mourir mais plus fréquemment le souhait d'obtenir un changement de son propre état et d'environnement.

Ces propos sont d'ailleurs validés par l'étude de Stordeur et al., 2015, (Tableau 1) qui notent une intentionnalité suicidaire finalement réduite dans une population d'enfants suicidants inférieurs à 12 ans malgré un taux de létalité potentiel élevé.

Tableau 1 : Etude de Stordeur et al. (2015) [4]

Objet	Etude descriptive concernant 30 enfants de moins de 12 ans admis en CHU pour TS
Données socio-démographiques	Sex-ratio proche de 1 (0.9)
Etat psychologie de l'enfant au moment du geste suicidaire	L'intentionnalité suicidaire est modérée pour 56.2% des enfants et faibles pour 43.8%
Mode opératoire utilisé et circonstances du geste	Dans l'ordre de fréquence, les moyens les plus utilisés sont les intoxications médicamenteuses volontaires, la pendaison/strangulation, le saut dans le vide, l'intoxication par un produit toxique, l'utilisation d'objet tranchant. La létalité potentielle des TS est élevée pour 43.7% des cas. 63.3% des TS ont eu lieu lors du premier semestre de l'année.

b) Données épidémiologiques

L'OMS estime qu'en 2012, que le taux de suicide chez les 5-14ans, pour 100 000 individus (Annexe 1) est de :

- **0.6 tous sexes confondus,**
- **0.5 chez les jeunes filles,**
- **0.6 chez les jeunes garçons.**

Le CEPIDC (Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de Décès) a comptabilisé l'ensemble des morts par suicide entre 2008 et 2011 dans la population des enfants de moins de 14 ans [4].

Tableau 2 : Etude du Cepidc : Nombre de décès par suicide en France chez les 5-24 ans.

Année	Âge	Garçons	Filles	Total
2008	5-14 ans	20	6	26
	15-24 ans	421	108	529
2009	5-14 ans	26	11	37
	15-24 ans	401	121	522
2010	5-14 ans	23	17	40
	15-24 ans	380	116	496
2011	5-14 ans	23	13	36
	15-24 ans	364	124	488

En 2011, sur les 36 enfants décédés par suicide, on comptabilise :

- 27 morts par pendaison, strangulation et suffocation
- 4 morts par intoxication volontaire
- 4 morts des suites d'un saut dans le vide
- 1 mort par décharge d'une arme à feu

Analyse : L'intoxication médicamenteuse volontaire possède finalement une place relativement réduite dans les décès chez les jeunes de moins de 14 ans sur l'année 2011 mais on ne doit pas négliger la part importante d'utilisation des méthodes violentes. Les jeunes garçons représentent la majeure partie (souvent 50 à 100% en plus par rapport aux filles) à décéder des suites d'une tentative de suicide alors que les tentatives sont plus fréquentes chez les jeunes filles.

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) révèle qu'en 2011, 2.2% des 27 400 adolescents de moins de 17 ans interrogés ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie nécessitant une prise en charge hospitalière. Parmi eux, 25% ont récidivés. Cette étude révèle que l'âge moyen de la première tentative de suicide est de 14.4 ans. Ces tentatives sont plus fréquentes chez la fille que chez le garçon (3.2% pour 1.1%).

Selon Grunbaum (1994), 1% à 3% des tentatives de suicide des adolescents nécessitent une attention médicale d'urgence. Ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés par manque de données ou par volonté des jeunes concernés de ne pas se faire soigner. Cette dernière notion est d'ailleurs justifiée par le fait que l'on estime que seulement 40% des jeunes adolescents qui ont réalisé une tentative de suicide sont allés aux urgences.

4) Facteurs de risque et de protection

L'étude de la notion de facteurs de risque intervient à un niveau collectif et non individuel et c'est en cela que la manipulation des résultats est parfois délicate et peut générer un risque d'erreur d'interprétation. D'ailleurs, dans la littérature, les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a pas de relation de cause à effet et que de nombreux facteurs peuvent intervenir et interagir entre-eux. Ceux-ci sont donc très variables d'un individu à un autre et peuvent être impactés à tout moment par un évènement extérieur, par exemple traumatisant.

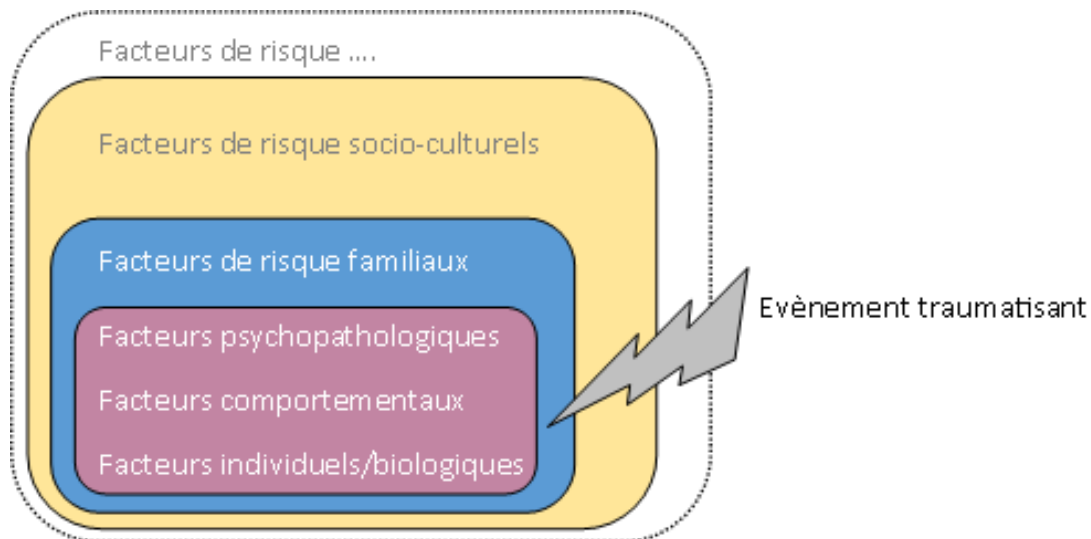


Figure 1 : Représentation des liens entre facteurs de risque

La méthode la plus communément acceptée dans la recherche des facteurs de risque de l'acte suicidaire correspond à l'étude de cas en réalisant une « autopsie psychologique » de chaque événement suicidaire. C'est une étude rétrospective, conduite auprès de l'entourage du suicidant, avec pour buts principaux : la reconstruction de l'historique, le comportement et la psychologie de chaque sujet dans la période pré-acte. L'entourage est interrogé afin de recueillir le maximum de données. Cependant, il n'est pas exclu que ces informations soient biaisées en fonction de l'état psychologique et affectif de chaque individu ou par le fait que l'entourage n'a pas nécessairement repéré la situation de crise, voire le considère comme mineur, et donc ne pourra pas fournir l'élément déclencheur lors de l'interrogatoire.

La figure 3, en page 42 synthétise l'impact des facteurs de risque et de protection, ainsi que l'impact des comorbidités sur le risque suicidaire.

a) Facteurs de risque familiaux

C'est l'ensemble des facteurs qui peuvent modifier le rapport entre l'enfant et les parents et/ou désacraliser cette relation ascendante/descendante. Ils sont également propres aux antécédents parentaux avec, non pas un risque de transmission

génétique à l'enfant mais un risque de développement mental plus limité. Nous pouvons donc distinguer deux points :

- Facteurs de risque liés à la dynamique familiale à tous les degrés possibles : perturbation du fonctionnement familial (faible communication avec le père ou la mère, séparation des parents, discorde entre les deux parties, modification de la relation parent-enfant où ce dernier prend le rôle de parent voire de « thérapeute »). On peut citer également toutes les formes de violence, traumatisme ou abus sexuels voire de carences que l'enfant a pu endurer au sein de sa propre famille.
- Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux : Suicide dans la famille plus ou moins récent, psychopathologie parentale (psychose, dépression, etc...).

Le tableau 3 ci-dessous est tiré de l'article « Child and adolescent suicide » de Pelkonen M. et Marttunen M., 2003. [8]

Tableau 3 : Relation entre facteurs de risque familiaux et suicides.

Facteurs de risque	Odds ratio
Facteurs familiaux	
Famille séparée	1.8-3.1
Faible degré de communication avec la mère	4.3
Faible degré de communication avec le père	4.0
Conflit parents-enfant	5.1
Psychopathologies parentales	
Historique familial de dépression	11.0
Historique familial de consommation de substances	10.4
Le père a des problèmes avec la police	4.0
Historique familial de comportement suicidaire	4.6

Remarque : l'Odds ratio (OR) représente la variation de la proportion de gens malades par rapport aux sains, entre groupe expérimental et témoin. Si l'OR est supérieur à 1, le facteur étudié augmente la proportion de malades, il est néfaste.

Il en résulte que les facteurs de risque liés aux antécédents familiaux sont à étudier de près pour une prise en charge optimale du sujet suicidant. Un parent dépressif ou une consommation de drogue/alcool sont autant d'éléments qui présentent un risque et ont un impact sur l'enfant et qui accroît la disponibilité des produits dangereux.

Une seconde étude (Tableau 4), issue de l'article de J. Vandevorde, 2007, observe, d'après l'étude de Delemare et al, le lien entre les facteurs de risque, dans un contexte familial, et le risque de tentative de suicide.

b) Facteur de risque lié à une tentative de suicide antérieure

Une première tentative de suicide est le plus puissant facteur prédictif de récurrence chez les jeunes : le taux de suicide est alors élevé de 10 à 60 fois (Brent, 1999). **Le risque de répétition est le plus haut durant les premiers 3 à 6 mois après la tentative, et reste élevé durant au moins 2 ans. Environ 1% des jeunes ayant fait une première tentative de suicide, font une récurrence dans l'année. 30% à 60% des suicidés sont des récidivistes.**

Cela suggère qu'une tentative de suicide antérieure peut être considérée comme une comorbidité majeure à associer à d'autres facteurs de risque.

c) Facteurs de risque liés au sexe

Alors que le taux des tentatives de suicide est plus fort chez les filles après la puberté, le taux de suicide des garçons est plus élevé.

Selon Fergusson (2000) et Grunbaum (2004), ceci serait lié à la plus forte probabilité chez les garçons de présence de multi-facteurs de risques comme des humeurs comorbides, des désordres liés à l'abus d'alcool, des niveaux plus élevés d'agression et le choix de méthodes plus létales.

A noter que cette tendance filles-garçons est différente en Chine, spécialement dans les zones rurales du fait de la facilité à se procurer des produits agrochimiques très dangereux et de la difficulté de se faire soigner.

Tableau 4 : Etude de Delemare et al. (2007) [4]

Objet	Questionnaires envoyés au secteur de psychiatrie infanto-juvénile et service de pédiatrie. ⇒ Inclus 97 enfants
Données socio-démographiques	Les filles suicidantes sont plus nombreuses que les garçons (58.3% vs 42.7%). 49% des enfants vivent au domicile familial avec leurs deux parents.
Vie générale de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 63% des enfants ont des parents présentant des troubles psychiatriques. ▪ 62% des familles d'enfants suicidant présentent des conflits conjugaux ▪ 95% des enfants ont des difficultés relationnelles avec au moins un de leur parent ▪ 56% des enfants ont vécu un évènement douloureux ▪ 31% ont vécu une situation d'abandon ▪ 20.6% une situation de maltraitance ▪ 8.2% une situation d'agression sexuelle ▪ 13.4% des enfants sont suivis dans le cadre d'une mesure socio-éducative ou d'un placement ▪ 40% ont une mauvaise scolarité.
Etat psychologique de l'enfant au moment du geste suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 55.8% des enfants mettent en cause la relation qu'ils ont avec leur parent et 19.8% évoquent un conflit lié à la scolarité ▪ 50% des enfants ont des antécédents psychologiques ▪ 30% ont un suivi psychologique en cours ▪ 14% sont des récidivistes ▪ 81% présentent des prodromes psychologiques ▪ 27% ont exprimé des idées suicidaires avant leur geste
Mode opératoire utilisé et circonstances du geste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 87% des TS se déroulent au domicile familial et 78% sur les lieux de vie pour les enfants placés. ▪ 88% des TS n'aboutissent à aucune séquelle physique.

d) Facteurs de risque liés à l'âge

Le taux de suicide est en augmentation de l'enfance vers l'adolescence, du fait d'une plus grande prévalence des psychopathologies, des troubles de l'humeur, des abus d'alcool ou de drogues chez les adolescents. De plus, les adolescents sont plus à même de planifier et réaliser un suicide létal : plus âgés, ils ont davantage d'autonomie, sont moins supervisés et soutenus par leurs parents.

e) Facteurs de risque liés à l'orientation sexuelle

Alors que des études d'autopsie psychologique n'ont pas montré de relation entre non-hétérosexualité et suicide (Scaffer, 1995), des études sociologiques de communautés ont démontré qu'il y avait un lien entre cette orientation ou l'attraction vers le même sexe et le risque de tentative de suicides : des facteurs de risques ont été supposés, comme des troubles de l'humeur, des abus de substances, la victimisation et le rejet familial (Borowski, 2001). Ainsi, il est rapporté un plus grand risque de tentative de suicides de jeunes non-hétérosexuels (Russel, 2001).

f) Facteurs de risque psychopathologiques

La psychopathologie est une discipline qui recueille et analyse les cognitions (contenus de la pensée, leur succession et leur organisation dans le discours du sujet). Elle établit les liens avec le passé et les projections dans le futur, ainsi que l'articulation de ces pensées dans le présent avec les émotions, les comportements et les expressions corporelles.

Marttunen M. et Al. (1994) démontrent dans leur étude qu'environ 50 à 75% des enfants et adolescents qui commettent un suicide possèdent un trouble de l'humeur et plus particulièrement un état dépressif (souvent mal diagnostiqué).

Le tableau 5, ci-dessous, est issu de l'étude « Child and adolescent suicide » du même auteur et fait la synthèse d'autres travaux parus sur le sujet. Il a également cherché à étudier et relier les différents types de risques par sexe.

Tableau 5 : Fréquence des facteurs de risque psychiatriques retrouvés chez les adolescents suicidants d'après une étude d'autopsie psychologique [8]

Facteurs de risque	Fréquence (%)	Ratio	Odds ratio	
			Garçons	Filles
Toutes les maladies psychiatriques confondues	81-95	G = F	ND	ND
Comorbidité psychiatrique	51-81	G = F ?	ND	ND
Troubles de l'humeur	49-76	G < F	10-11	17-25
Dépression majeure	23-54	G < F	15-16	29
Consommation de substances	0-62	G > F	7-13	13
Troubles du comportement	5-46	G = F ?	4-6	2-3
Schizophrénie	3-7	G = F	ND	ND
Troubles de la personnalité	29-32	G = F ?	ND	ND
Anxiété	4-27	G = F ?	3-11	0.7-3
Tentative de suicide antérieure	5-40	G < F	28-34	119

F = filles ; G = garçons ; ND = pas de donnée ; ? = incertain

Les adolescentes suicidantes semblent plus sujettes aux troubles de l'humeur du type dépression et sont largement plus à risque que les garçons concernant le passage à l'acte une seconde fois après une première tentative de suicide ratée. A contrario, les garçons sont plus à risque face à des situations telles que la consommation de drogues, alcools et sont plus sujets aux troubles du comportement ainsi qu'aux troubles d'adaptation.

Les jeunes filles comme les jeunes garçons semblent à risque égal face aux autres troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles de la personnalité par exemple). Les troubles anxieux sont souvent relevés et prennent une place non négligeable dans l'acte suicidaire malgré le fait qu'ils soient souvent considérés comme mineurs face à des troubles dépressifs, de l'humeur, etc... Gould et al. (1998) démontrent qu'un état de panique peut également augmenter significativement le risque de comportement suicidaire. La crise de panique apparaît donc comme un facteur aggravant.

30% des victimes de suicide sont atteints de troubles de la personnalité. Il a été montré que les troubles de la personnalité apportent un risque de suicide 2.9 fois plus fort, et que ceux liés à une personnalité pessimiste, antisociale, limite ou narcissique augmentent le risque d'un facteur 8.5 (Brent, 1994). L'agressivité impulsive, définie comme une tendance à réagir à la frustration ou à la provocation avec hostilité, prédispose au comportement suicidaire (Apter, 1995). Ce constat a été effectué sur des enfants et adolescents (Apter 1988 ; Brent, 1993 ; Cohen-Sandler, 1982 ; Pfeffer, 1983). Des tentatives de suicide d'adolescents du sous-groupe des impulsifs montrent une relativement faible planification : la prévention des suicides passe par la restriction des accès aux moyens létaux (Brent, 1999 ; Gunnel, 2000).

Il existe un lien clair entre névrose et tentative de suicide. L'origine de la névrose est souvent reliée à un traumatisme ayant impacté l'état psychologique de la personne qui a totalement conscience de ses troubles et n'est pas « déconnectée » de la réalité. La névrose a été reliée, dans de nombreuses études, à de nombreuses tentatives de suicide et à l'idéation du suicide (Beautrais, 1990) et particulièrement celle après un suicide dans la famille : une étude de cohorte de naissances prédit des tentatives de suicide (Beautrais, 1999).

Egalement, une mésestime de soi est faiblement associée avec les tentatives de suicide des jeunes (Fergusson & Lynskey, 1995).

Il existe une très faible corrélation entre le perfectionnisme et le risque de tentative de suicide (Scaffer, 1996). Cependant, en cas de perception que les autres ont des attentes particulièrement élevées, cela peut être considéré comme un facteur de risque de suicide (Boergers, 1998).

La HAS décrit les caractéristiques psychologiques du jeune adolescent de la manière suivante : Le jeune adolescent ne donne pas directement sa confiance, elle est à construire progressivement. D'ailleurs, elle est nécessaire mais non suffisante pour la confiance. L'adulte peut être considéré comme menaçant dans l'autonomie du sujet. Sa capacité de mentalisation évolue et le recours aux comportements spontanés sont plus fréquents que la mentalisation de ceux-ci. L'épisode dépressif peut présenter de nombreux symptômes d'appel. Aucun de ces symptômes n'est spécifique à cet état. Leur expression dépend du lieu (famille, école, etc...) et de l'environnement socio-

culturel et relationnel. La plainte d'un épisode dépressif caractérisé est à interpréter au-delà du motif évoqué.

Une étude menée par Goldston et al. (1999) montre qu'un comportement suicidaire récurrent est spécifiquement favorisé si le sujet pense en retirer un soulagement immédiat (atténuation de la souffrance par exemple) ou si une tentative précédente a entraîné un changement désiré de l'entourage. Il y a donc une spécificité de l'action avec un effet propre qui facilite la survenue des autres événements.

Le Professeur Ph. Jeammet (pédopsychiatre), 2000 [9], considère que la prévalence des troubles psychiatriques dans les antécédents de suicide ne donne pas la réponse quant à leur rôle, les modalités d'action ou les effets éventuels.

Il relève les points suivants :

- Les troubles psychiatriques, seuls ou associés ne sont pas véritablement spécifiques de la conduite suicidaire. Ils sont plutôt facteurs de risque pour les troubles de l'adolescence (comportement). Brendt, 1999, démontre que 40% des suicidés de moins de 16 ans n'ont pas de diagnostic psychiatrique.
- Leur présence dans les antécédents de suicide ne dit pas s'ils facilitent le geste suicidaire par eux-mêmes ou s'ils sont l'expression de facteurs déterminants. Ainsi un même facteur peut favoriser de manière simultanée l'émergence de symptômes dépressifs, de troubles impulsifs, de comportements addictifs et de conduites suicidaire sans pour autant être essentiels.
- Il constate que la majorité des troubles psychiatriques et particulièrement les différentes formes de dépression, n'aboutissent pas toujours à un geste suicidaire. Seule une faible minorité de jeunes dans cette situation feront une tentative de suicide (Beautrais et al., 1998).
- Il rappelle que le facteur le plus prédictif d'un geste suicidaire demeure un antécédent de tentative de suicide. Si l'on écarte tous les autres facteurs, avoir eu recours à un geste suicidaire, voire avoir des pensées suicidaires, sont les premiers facteurs de risque.

- Enfin, le Pr Jeammet s'interroge suite à l'augmentation du nombre de suicides et de tentatives à l'adolescence et le rajeunissement de plus en plus de suicidants. Il reste difficile d'incriminer des facteurs génétiques et biologiques. Ainsi, les changements sociaux, et de mode de vie, l'évolution des valeurs apparaissent comme les déterminants essentiels de ce précédent constat. La question reste entière : pourquoi seulement certains sujets vont être sensibles à ces changements et être conduits au suicide ?

g) Facteurs biologiques

Des études de neurobiologie suggèrent qu'il existe une relation entre un défaut de production de Sérotonine au niveau central (et donc de son métabolite principal, retrouvés dans le liquide cébrospinal des sujets) et troubles de l'humeur, dépression, régulation de l'émotivité (liés à un défaut de stimulation des lobes préfrontaux qui exercent un rétrocontrôle négatif sur le système limbique). La plupart des études montrent qu'il existe chez toutes les personnes suicidantes un dysfonctionnement biologique, seulement elles s'accordent à dire que celui-ci n'est pas la cause du suicide.

Un faible taux en Sérotonine et en 5H1AA au niveau du liquide cébrospinal, et particulièrement au niveau du lobe préfrontal, serait associé à un risque plus élevé de présenter un comportement impulsif et agressif. Greenhill et al. (1995) ont mis en relation des dosages en sérotonine et des troubles médicaux sérieux dont une petite fraction d'adolescents suicidants présentant des troubles dépressifs majeurs. Kruesi et al. (1990-1992) montrent, chez le pré-adolescent, qu'un faible taux dans le liquide cébrospinal de 5H1AA n'est pas corrélé à une agression mais peut prédire un comportement similaire une fois passé le cap de la puberté.

D'autres études post-mortem ont analysé des imageries du cortex préfrontal (M. Adam Just et al, 2017) [10] et ont démontré que cette zone du cerveau recueillait moins de sérotonine que dans une population témoin du même âge. Une idée est soumise : un isolement sensoriel ou affectif lors des premiers mois de vie réduit la stimulation de la

synaptisation du cortex préfrontal et diminue donc sa sensibilité à la sérotonine. Cet isolement sensoriel et affectif peut être lié à un conflit conjugal, une dépression maternelle, etc...

Du fait du développement anormal de cette partie du cerveau, deux populations sont à distinguer : les personnes dites à réception faible ou au contraire à réception forte.

- Les personnes dans cette première situation ressentiront comme une forte agression toute souffrance ou malheur autour d'elles. On note une hypersensibilité chez elles qui se traduit par une absence contrôle des émotions et par une certaine impulsivité sans réelle capacité à trouver de solution autre que le stress et la violence (bagarre, suicide, etc...).
- Un sujet dit à réception forte n'est pas protégé du risque suicidaire mais sa capacité à gérer ses émotions ou son seuil de tolérance sont augmentés pour les agressions extérieures et lui permet de mieux appréhender les choses.

La période la plus sensible pour le développement du cortex frontal serait située entre les dernières semaines de la grossesse et les premiers mois de l'existence de l'enfant, puis continue son évolution jusqu'à 18-20ans.

Une notion récente apportée par la neuro-imagerie soumet l'idée que l'expression des émotions (mais également du mouvement) serait aussi déterminée par l'activation des neurones du striatum ventral. Cela laisse une porte d'entrée béante à l'idée qu'il est possible de s'entraîner à gérer ses émotions par des méthodes comme le théâtre ou des jeux. [11]

Deux zones du cerveau sont impliquées dans le contrôle des émotions et de la sensibilité de chaque sujet : la zone préfrontale qui, activée par la sérotonine, exerce un rétrocontrôle négatif sur le système limbique mais également le striatum ventral qui pourrait avoir un rôle dans l'apprentissage de la gestion de ces émotions.

Rappels sur le métabolisme de la sérotonine (Figure 2) :

La sérotonine est synthétisée dans les neurones du noyau raphé, au niveau du tronc cérébral, ou les cellules entérochromaffines à partir du Tryptophane (qui passe au préalable par une étape de transformation : 5-hydroxytryptophane). C'est ce dernier métabolite qui est converti en Sérotonine. Celle-ci pourra suivre quatre voix différentes :

- Captation au niveau des récepteurs sérotoninergiques post-synaptiques pour assurer une transduction du signal nerveux.
- Recapture par des récepteurs sérotoninergiques présynaptiques.
- Recapture par des neurones adjacentes, voire des plaquettes (via transporteurs membranaires sélectifs).
- Dégradation via la MonoAmine Oxydase en son principal métabolite : l'Acide 5-hydroxy-indole acétique ou 5H1AA.

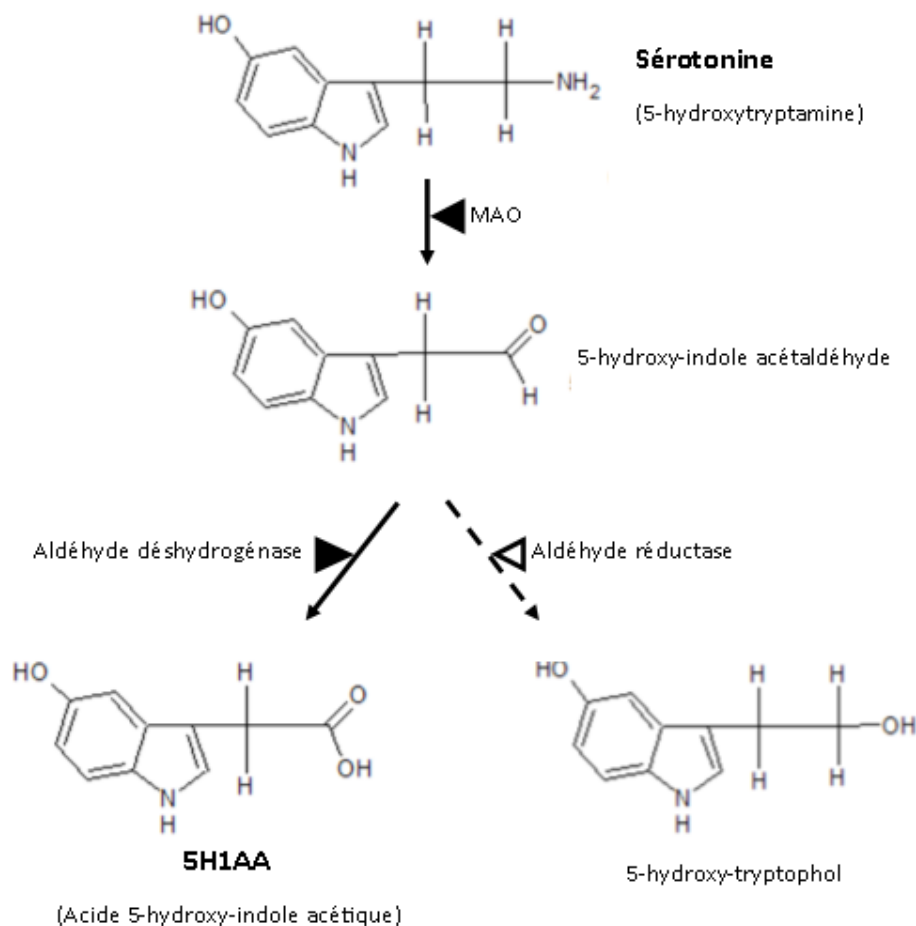


Figure 2 : Métabolisme de la sérotonine

h) Facteurs de risque socio-culturel

L'environnement culturel et même l'influence des religions sont à prendre en compte. Il a été démontré aux Etats-Unis et au Canada qu'il y a une association positive entre le taux de suicide et la consommation d'alcool, le taux de divorce et même la proportion de personnes âgées. Le niveau scolaire des parents, les revenus et la mobilité de résidence (déménagements) pourraient influencer également le risque de tentative de suicide.

Une transition culturelle trop rapide peut contribuer à l'augmentation du taux de suicide des jeunes : l'affaiblissement ou la perte des pratiques ancestrales peut créer des conflits intergénérationnels ou des situations d'aliénation de pertes de repères dans lesquelles les jeunes individus se sentent écartelés entre culture traditionnelle et culture contemporaine sans réel rite de passage marquant la fin de l'enfance.

On peut également mettre en avant une variabilité du taux de suicide en fonction des origines ethniques d'un même pays. En effet, aux Etats-Unis, un fort taux de suicide des Américains Natifs a été relevé comme dans la plupart des populations indigènes natives dans le monde (Berlin, 1987), exposées à des forts taux d'alcoolisme, d'incarcération et de chômage, ainsi qu'à la perte de leur culture traditionnelle.

i) Facteurs de risque comportementaux

Tout comportement déviant, une consommation régulière d'alcool (parfois classée comme trouble psychiatrique dans la littérature) ou de drogues voire même de tabac sont à risque et plus particulièrement chez le jeune adolescent. Gould et al. (1998) font la constatation suivante : les personnes ayant réalisé une tentative de suicide sont plus disposées à présenter des troubles de dépendance à ces substances que les personnes en phase d'idéation. Cela suggérerait donc que ces substances/drogues faciliteraient la transition idéatoire et donc au passage à l'acte. Cependant, on peut considérer que les sujets qui consomment peuvent déjà présenter une forme de réponse (inadaptée) à leur souffrance : oublier dans une consommation anesthésique, être dans le plaisir immédiat.

L'absentéisme scolaire ou les troubles scolaires et les comportements violents voire même les attitudes asociales sont à considérer comme des facteurs de risque de passage à l'acte. Diverses études montrent que ces comportements multiplieraient par 3 à 6 fois le risque de suicide chez les jeunes et du moins accentueraient le risque de comportement suicidaire (Shaffer et al., Brent et al.). [7]

Une bonne connexion à l'école ou à la réussite scolaire apparaît être protectrice (Borowski, 1999), alors le risque de tentatives de suicide augmente avec l'abandon scolaire ou après une période d'absence scolaire (Beautrais, 1996).

→ En conclusion, ces facteurs sont donc à considérer comme une comorbidité dans l'acte suicidaire et il est nécessaire de les associer aux autres risques (troubles psychopathologiques, etc...) afin de prévenir la tentative de suicide.

Les études menées par Giraud et al, 2013, et Berthod et al, 2013, (Tableau 6) en milieu hospitalier sont intéressantes dans le sens où 15 à 30% des enfants ayant des troubles du comportement qui se traduisent par des difficultés scolaires, sont en situation d'aide éducative administrative, socio-éducative voire judiciaire. Moins de 40% des enfants vivent avec une situation familiale stable (parents séparés, placements, etc...). Les jeunes filles restent les premières à être touchées par le risque de tentative de suicide et l'intoxication médicamenteuse volontaire représente le premier mode opératoire utilisé et principalement au domicile du sujet. 20 à 30% des enfants suicidants sont des récidivistes malgré un suivi psychologique pour 25 à 44% d'entre eux.

j) Facteurs de risque liés à la disponibilité et à la létalité des moyens utilisés

Les tentatives de suicide à haut niveau de létalité (médication, pendaison, arme à feu, défenestration) sont corrélées à une forte probabilité de réussite d'un nouveau suicide (Brent, 1988). L'immaturation cognitive des plus jeunes rend difficile la réalisation d'une tentative : ainsi, une simple pulsion liée à la disponibilité d'agents létaux (arme à feu, paracétamol) peut déboucher sur une tentative fatale (Brent, 1993 ; Gunnel, 1997). [7]

Tableau 6 : Etudes de Giraud et al (2013) et Berthod et al. (2013) [4]

Etudes	Giraud et al. (2013)	Berthod et al. (2013)
Objet	Etude descriptive de 517 adolescents de moins de 15 ans admis dans un service d'urgence pédiatrique.	Etude rétrospective de 48 enfants de moins de 13 ans hospitalisés pour tentative de suicide en service de pédopsychiatrie
Données socio-démographiques	Les filles suicidantes sont plus nombreuses que les garçons (86.1% vs 13.9%). 31.9% des enfants vivent avec leurs deux parents et 50.7% avec leur mère.	Les filles suicidantes sont plus nombreuses que les garçons (54% vs 46%). 56% des enfants suicidants ont des parents séparés et 44% des parents unis. 41.6% vivent dans des familles traditionnelles.
Vie générale de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20.7% ont une mesure socio-éducative ▪ 7.7% ont une mesure de placement ▪ 27% présentent des difficultés scolaires ▪ 12% sont déscolarisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14% des enfants suicidants ont une aide éducative administrative ou judiciaire ▪ 16.6% sont placés
Etat psychologique de l'enfant au moment du geste suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25.8% des enfants ont un suivi en cours ▪ 20.3% sont des récidivistes ▪ Des éléments d'ordre psychiatriques sont présents pour 42.9% des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 29% des enfants suicidants ont des récidivistes ▪ 44% ont un suivi psychologique en cours ▪ Les troubles les plus fréquents sont le trouble de l'adaptation (37.5%) et le trouble dépressif (27%)
Mode opératoire utilisé et circonstances du geste	Dans l'ordre de fréquence, les moyens les plus utilisés sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la défenestration, la phlébotomie, ingestion de produits toxiques et la pendaison. 15% des enfants récidivent dans l'année qui suit.	Dans l'ordre de fréquence, les moyens les plus utilisés sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la défenestration, la strangulation et la pendaison. 91% des gestes ont lieu au domicile Les enfants plus jeunes utilisent des moyens plus violents

k) Facteurs de risque liés à l'exposition

Gould et al. (1990) [7] ont démontré qu'une faible part, mais suffisamment représentative, des tentatives d'adolescents suivent un mécanisme de contagion et d'imitation.

Il existe de nombreux cas de suicides au cours d'une même période et en un même lieu avec un mode opératoire similaire chez des jeunes adolescents du même âge. La reproduction du geste est un fait connu et est d'ailleurs pris en charge par la création de véritables « cellules de crise » afin de désamorcer la situation auprès des populations les plus sensibles. Ce phénomène peut s'expliquer par l'état psychopathologique de l'enfant, son histoire personnelle, le lien avec la suicidant et sa propre fragilité.

De plus, les médias ont une place qui n'est pas des moindres dans l'augmentation des tentatives de suicide. En effet, Gould (2001), Stack (2000) [7] démontrent qu'il y a une augmentation du taux de suicide (et de tentatives) suite à la diffusion de reportages, articles ou docu-dramas sur ce thème. Deux facteurs sont à considérer comme à risque d'augmenter la probabilité de reproduction du geste : en premier lieu, la médiatisation et la sérialisation des informations (associées à l'augmentation de l'accès aux technologies : téléphones, télévision, internet, etc...) en relation avec le suicide (essor des blogs « suicide mode d'emploi ») et en second lieu, la notoriété du suicidaire : acteur, chanteur, idole, etc...

l) Facteurs de risque physiques

Une mauvaise condition physique, le surpoids et l'obésité, les troubles alimentaires et du comportement alimentaire (TACA type anorexie) qui concernent plutôt les filles sont associés à un risque de suicide 8 fois plus élevé que la normale (Pompili, 2004). [7]

La maladie ou une invalidité physique sont associées à l'idéation ou le comportement suicidaire (Dubow, 1989). [7]

Des études suggèrent d'ailleurs une relation entre le comportement suicidaire et des maladies spécifiques chroniques comme le diabète et l'épilepsie (Brent, 1986). [7]

m) Facteur de risque lié au harcèlement scolaire

Il existe différents types de harcèlement : moral, physique, sexuel et d'approbation. Selon le ministère de l'éducation nationale, en 2011, 14% des élèves du primaire et 12% des collégiens se disent harcelés. 6% des cas au collège apparaissent comme réellement préoccupants. Les garçons sont plus fréquemment harcelés sur le plan physique et les filles plus exposées au cyber-harcèlement. [12]

Hetz et al (2013), par le biais d'une étude établissent une relation entre harcèlement et comportement suicidaire. Ils expliquent, entre-autre, que ce rapport est induit principalement par des facteurs extérieurs (dépression, anxiété, délinquance, etc...). On distingue deux types de populations dans ce genre de situation : les harcelés et les harceleurs. Toutes deux sont sujettes aux comportements suicidaires. Les harcelés sont plus dépressifs, anxieux et présentent plus de troubles de la sociabilisation. Les harceleurs sont plus consommateurs d'alcool, tabac, drogues, leurs résultats sont plus bas, ont un comportement plus facilement déviant, dangereux et ont plus facilement des amis. Le harcèlement n'est donc pas suffisant à lui seul pour expliquer une tentative de suicide, il est important d'étudier l'ensemble des facteurs à risque de l'individu afin d'en expliquer le geste : environnement familial, social, troubles du comportement, état psychologique, etc... Un aspect important réside dans l'impact d'une telle situation sur la vie adulte où des « séquelles » peuvent persister avec un réel risque pour le patient à plus ou moins long terme.

Avec l'avènement des technologies de télécommunication, la question de la prévention du cyber-harcèlement est énormément débattue. La difficulté et l'impact d'un tel comportement est plus fort du fait de l'audience qui est nécessairement plus grande. Les traces sont ainsi, souvent, plus durables.

n) Facteurs individuels

Les associations générales vu les facteurs de risques mentionnés plus haut ne doivent pas masquer les facteurs de risques individuels, qu'il ne faut pas ignorer, au risque

d'erreurs dans la prise en charge du sujet suicidant. Ainsi on parlera plus facilement de :

- **Facteurs prédisposants** : vulnérabilité individuelle ou fragilité liée au passé et au présent. On citera : deuil précoce, suicide dans la famille, maltraitance subie (abus sexuels, punitions corporelles par exemple), isolement social, sentiment de dévalorisation par rapport aux autres (puberté, identité sexuelle). La notion d'impulsivité est également mentionnée.

Martin (1996) montre que 51% des jeunes filles abusées sexuellement ont fait une tentative de suicide. Cela traduit un risque suicidaire multiplié par 5 par rapport aux personnes non-abusées. Ce chiffre est d'autant plus augmenté que l'acte est répété et a duré dans le temps. [7]

L'influence des punitions corporelles est difficilement évaluable mais l'étude menée par Bryant (1995), compare le risque de tentative de suicide dans deux populations distinctes : sujets abusés sexuellement et sujets abusés physiquement. Ainsi, les jeunes abusés sexuellement pendant l'enfance sont plus suicidaires que les jeunes abusés physiquement. Cross (1986) et Low (1990) [7] suggèrent que l'hypothèse d'une cause traumatique unique doit être abandonnée au profit de l'idée que le facteur traumatique résulte d'une rencontre entre un évènement, une histoire et une personnalité vulnérable.

- **Facteurs précipitants** ou facteurs déclenchants : évènements traumatisants ou stressants, situation de harcèlement, impression d'être dans une impasse et d'être un fardeau pour les autres, pas de stratégie pour faire face, honte, culpabilité qui induisent une grande souffrance psychique que le sujet n'arrive pas à surmonter. Exemple chez l'adolescent : conflit avec un parent, un ami (dispute, rupture sentimentale), l'école, voire la loi. Chez l'adolescent, un second facteur précipitant peut s'ajouter aux facteurs sentimentaux : les problèmes disciplinaires avec un membre de la famille ou la loi. Un sentiment de rejet est d'humiliation est souvent exprimé. Cependant, Kienhorst (1995) et Beautrais (1997) [7] montrent qu'un tiers à la moitié des suicidants ne présentent aucun facteur précipitant. Ainsi, ces

facteurs ne sont prédictifs qu'en présence d'autres facteurs déterminants dans la crise de suicide.

Pascale Angiolini, dans « *Prévention primaire du risque de suicide des jeunes* », fait la remarque que l'établissement des facteurs individuels repose principalement sur des entretiens des suicidants. Ils sont donc retrouvés a posteriori ce qui ne leur confère pas de valeur prédictive. Ainsi, « *ce n'est pas parce qu'un jeune présente certains de ces facteurs qu'il va passer à l'acte, et [inversement] des jeunes se suicident sans présenter de tels facteurs* ».

o) Facteurs de protection

Leur principale caractéristique est la prévention du risque de tentative de suicide. Il s'agit principalement du fait de ne pas être isolé et pouvoir communiquer ses propres problèmes à un proche (l'intégration sociale est d'ailleurs un puissant facteur de protection chez le pré-adolescent), d'avoir une bonne estime de soi, d'être capable de nouer des relations basées sur une confiance réciproque, d'avoir une capacité de projection dans le futur (avenir professionnel), de pratiquer un sport collectif, etc...

Pour le jeune suicidant, la notion de prise en charge thérapeutique apparaît comme un facteur de protection.

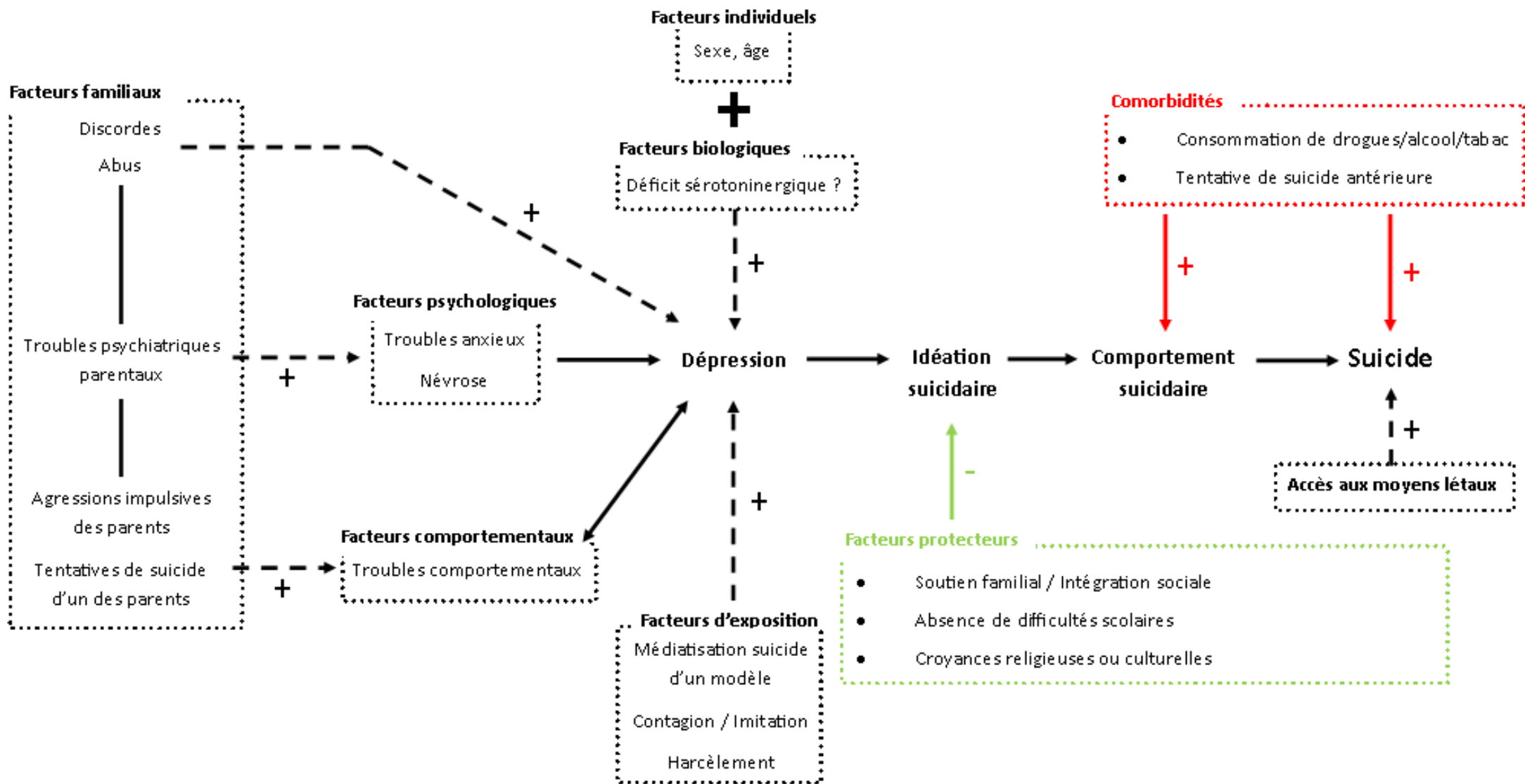


Figure 3 : Synthèse de l'impact des facteurs de risque, protecteurs et des comorbidités sur le risque suicidaire.

5) Processus de la crise suicidaire

Pour le suicidant, il s'agit d'une période pendant laquelle le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance. Un sentiment est souvent présenté comme justification de l'acte : « Je ne veux pas mourir, je veux arrêter de souffrir ». La crise suicidaire transparaît donc, bien trop régulièrement, comme un manque de solution. Néanmoins, il ne faut pas voir la personne suicidaire comme un sujet passif : il est possible qu'elle cherche des solutions qui sont finalement inadaptées ou inadéquates afin de résoudre le problème. Le comportement suicidaire peut également constituer un moyen de fuir la détresse plutôt que de refléter une réelle envie de décéder.

Le processus bien que relativement complexe peut être simplifié et ramené à trois « états » : [13]

- Etat d'équilibre : le sujet ne présente aucune idée suicidaire. Il sait répondre à chaque événement par une solution efficace.
- Etat de vulnérabilité : par exemple, suite à un événement personnel vécu comme un traumatisme (humiliation, séparation des parents, décès d'un proche, etc...), La notion de suicide apparaît pour la première fois. Elle est très fugace et souvent rejetée.
- Etat de crise : Le suicide s'installe comme une possibilité voire une solution. C'est la phase d'idéation et implique un ensemble de stades (dont la planification) qui amènent nécessairement au passage à l'acte afin de solutionner l'état souffrance actuelle.

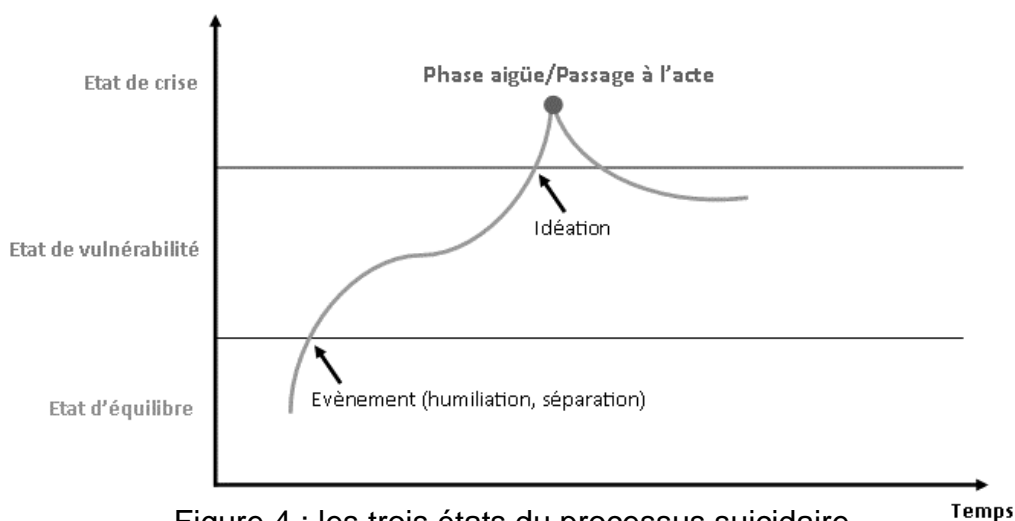


Figure 4 : les trois états du processus suicidaire

En effet, Maris R.W., Berman A.L., Silverman M.M. dans le *Comprehensive textbook of suicidology* (2000) présentent ce qu'ils appellent le « continuum théorique du processus suicidaire ». [14]

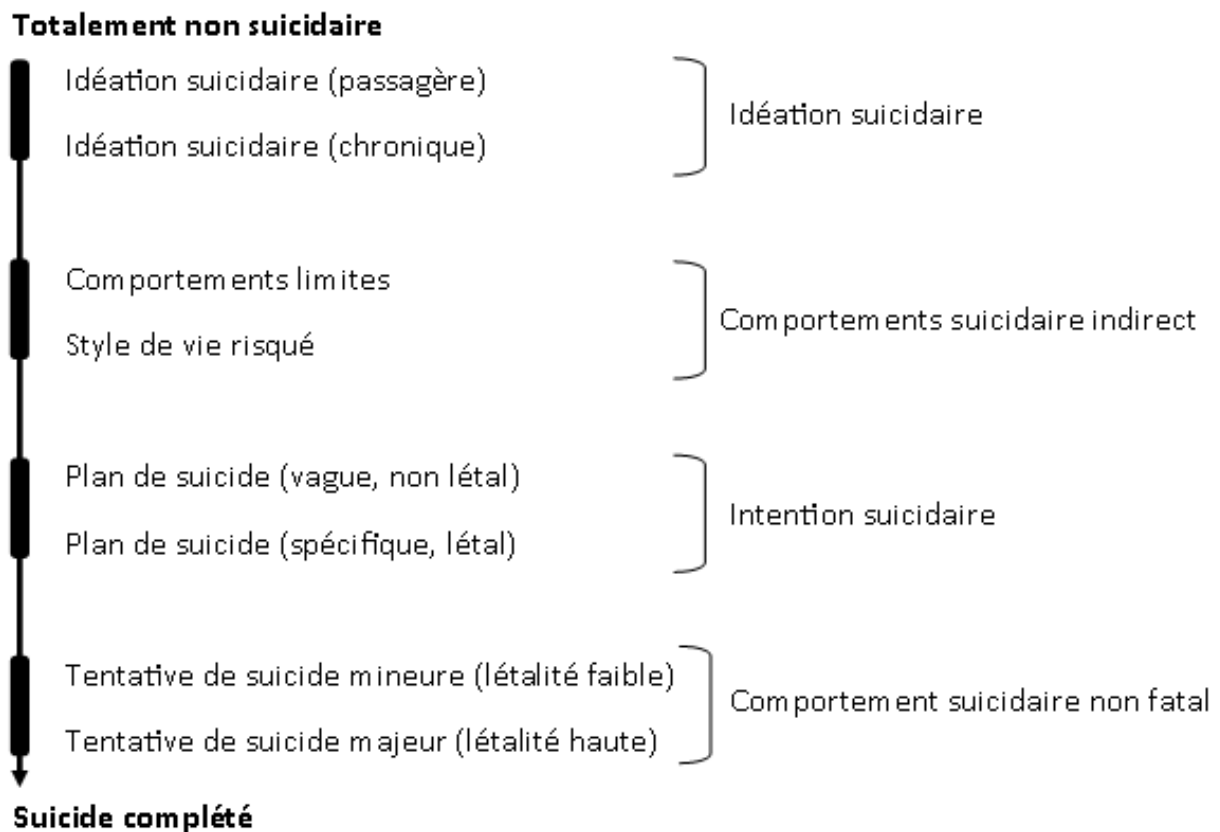


Figure 5 : représentation du continuum théorique du processus suicidaire

Le geste suicidaire s'installe donc dans le déroulement de la crise comme une véritable diminution des tensions auxquelles le suicidant est sujet. Il s'impose comme une réelle nécessité face à l'impossibilité de contenir son angoisse. Certains auteurs notent que le passage à l'acte n'est pas nécessairement le seul moyen de réduire ces tensions (agressivité envers un proche par exemple). Vedrinne et Weber suggèrent que le sujet balance entre une position de victime et une attitude d'agresseur pour finalement trouver un compromis : être les deux à la fois. Le suicidant, en se mettant en danger, s'impose aux autres et force l'attention voire la relation et l'intervention.

Le continuum théorique du processus suicidaire peut être réinterprété de manière chronologique comme suit :

- Recherche de solutions actives : le patient est considéré totalement non suicidaire.
- Le **flash** : pour la première fois, le suicide apparaît comme une potentielle solution. Cette idée est très vite rejetée.
- L'**idéation** ou pensées fréquentes : étape charnière où le suicide devient une véritable possibilité. Des idées fréquentes sur la baisse d'estime de soi transparaissent de plus en plus et des réflexions d'autodestruction peuvent durer quelques heures à quelques jours.
- La **rumination** : c'est l'obsession de la pensée suicidaire. C'est à ce moment-là qu'elle est exprimée verbalement.
- La **planification** : le sujet va échafauder le plan. Comment ? Où ? Quand ? Quelquefois avec précision.
- La **crystallisation** : la décision est prise : Le suicide devient LA solution. Il s'agit du point de rupture.
- Le **passage à l'acte** : deux issues sont possibles : le suicide est « manqué » et le sujet survit avec un risque de récurrence amplifié et avec, parfois aussi, une atteinte physique (paralysie, amputation, etc...). A contrario, le suicide aboutit : c'est le décès du sujet.

Chaque étape est très variable d'un individu à un autre et l'ensemble du processus peut prendre de plusieurs mois à plusieurs années. Il est également possible pour un individu, de sauter certaines étapes.

Il est essentiel d'avoir à l'esprit que peu importe l'étape dans laquelle le sujet se situe, il est possible d'agir dessus et ainsi de reculer/réduire le processus en cours de progression.

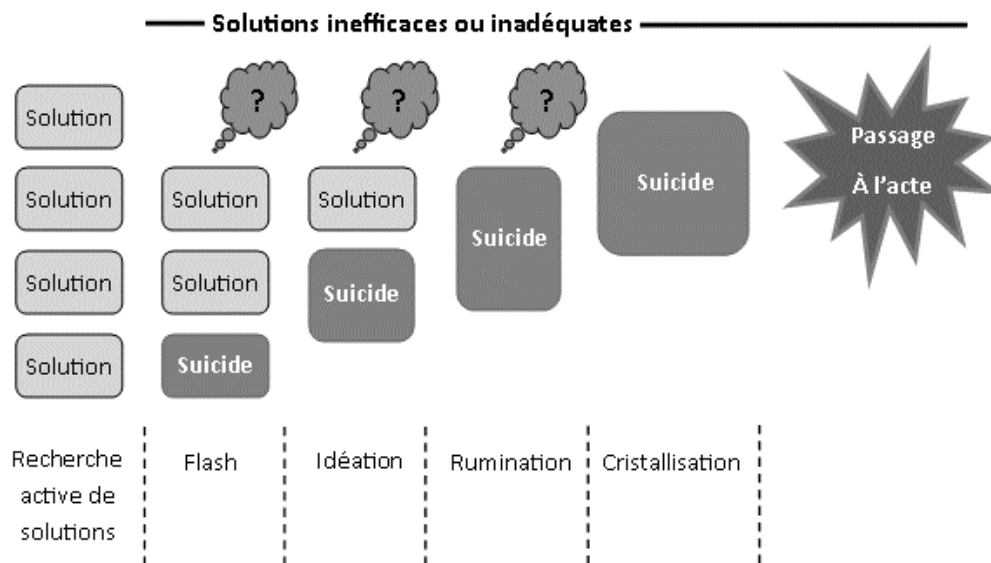


Figure 6 ; Schématisation de l'évolution des étapes du processus suicidaire

Les auteurs s'accordent à dire que le processus suicidaire chez le pré-adolescent est difficilement modélisable du fait du manque de données/études à ce sujet. On observe, cependant, deux périodes distinctes qui sont séparées par la puberté :

- **Période pré-pubertaire** : l'acte suicidaire est principalement marqué par l'impulsivité.

la phase d'idéation y est relativement réduite, il n'y a pas de communication auprès des proches de ce projet et la planification du geste est proche du néant (probablement expliqué par une immaturité mentale). L'enfant agit sous le coup d'un évènement qui peut facilement être banalisé par un adulte (dispute avec un parent, problème scolaire par exemple). De plus, le suicidant ne présente pas nécessairement de facteurs de risque psychopathologiques ou comportementaux. Son acte est caractérisé par sa **précocité**, le caractère **imprévisible, immédiat du geste** et sa **violence**.

- **Période pubertaire** : l'adolescent a gagné en maturité, son acte est d'avantage réfléchi et suit le processus suicidaire précédemment cité (voir le schéma 6 : Schématisation de l'évolution des étapes du processus suicidaire). L'impulsivité reste marquée mais plus réduite et l'**idéation**, comme la **planification**, de l'acte prennent plus de place. Le jeune **communique** plus sur sa tentative de suicide en amont du geste et est plus facilement **délectable**.

PARTIE II : Etudes épidémiologiques

1) Enquête menée auprès de pharmacies en France en avril 2018

Par l'intermédiaire d'un questionnaire simple de 5 questions fermées avec possibilité d'ajouter un commentaire dont une question facultative, j'ai obtenu le point de vue de 175 professionnels de santé (pharmaciens, préparateurs ou étudiants), qui sont chaque jour sur le terrain, sur la question de l'intoxication médicamenteuse volontaire chez le pré-adolescent.

Cette enquête (voir Annexe 9) vise à identifier et obtenir :

- *La proportion de professionnels confrontés à l'officine à une telle situation.*
- *Leur point de vue sur la molécule (ou famille thérapeutique) la plus utilisée et sa potentielle source.*
- *Leur avis sur leur formation concernant la prise en charge du suicidant potentiel ou sujet à risque et les points qui pourraient bloquer l'officinal devant cette situation.*
- *Quelques points bloquants*

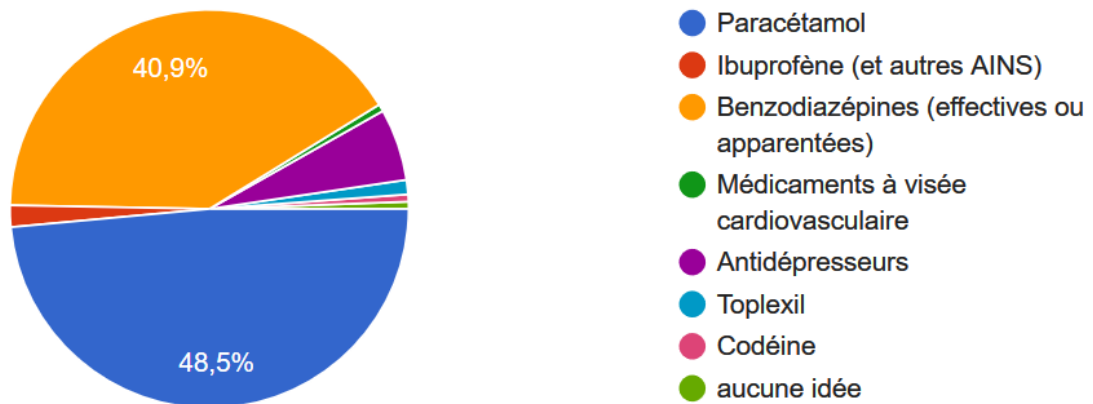
Voici les résultats de cette petite enquête :

- **Avez-vous été confronté(e) à une situation d'intoxication médicamenteuse volontaire à l'officine ? (Tous âges confondus)**

OUI	32.2 %
NON	67.8 %

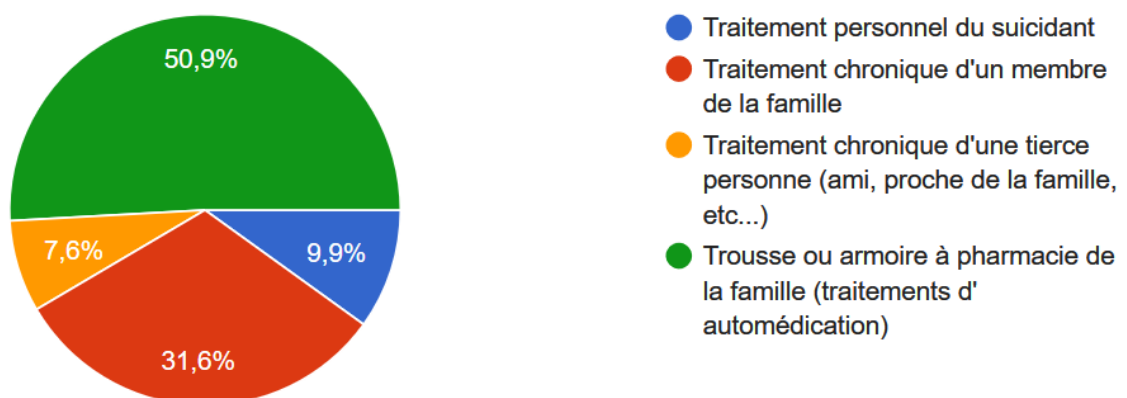
→ Un tiers des officinaux ont été confrontés à une personne potentiellement à risque suicidaire ou à un proche rapportant le passage à l'acte par ingestion médicamenteuse.

- Selon-vous, quel médicament est-il le plus retrouvé dans un contexte d'intoxication médicamenteuse volontaire chez le pré-adolescent ? Figure 7



- Les ingestions de paracétamol (48.5%) et de benzodiazépines (ou apparentées : 40.9%) seraient les plus retrouvées dans les cas d'intoxications médicamenteuses volontaires chez les pré-adolescents.
- Les ingestions d'Antidépresseurs (6%) et AINS (2%) (+ Toplexil* et Codéine) viennent en second plan.

- Selon-vous, les médicaments utilisés dans une intoxication médicamenteuse volontaire chez les moins de 15 ans sont issus principalement de quelle source ? Figure 8



- La source principale des médicaments utilisés dans une intoxication médicamenteuse volontaire, selon l'avis des officinaux, est issue de traitements d'automédications. En seconde intention, le traitement d'un

parent ou frère/sœur est utilisé ; puis d'une manière moindre le traitement personnel du suicidant ou d'un proche (ami, proche de la famille, etc...)

- **Si vous rencontrez une situation dans laquelle vous jugez qu'un jeune patient est à risque, vous sentez-vous suffisamment formé(e) sur la prise en charge globale afin de l'orienter ?**

OUI	13.5 %
NON	86.5 %

- Moins de 15% des personnes jugent que face à une situation à risque ou nécessitant une orientation pour une prise en charge, ils se sentent suffisamment aptes ou formés.
- Face à cela, plus de 85% des officinaux considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour gérer une telle situation.

- **Si "non" à la question précédente, quels sont les points bloquants ?**

▪ Difficulté de repérage des signes	107	30.9%
▪ Méconnaissance de la prise en charge	75	21.6%
▪ Méconnaissance des dispositifs d'aide du jeune adolescent	102	29.3%
▪ Désarroi face à ce genre de situation	61	17.6%
▪ Je ne sais pas quel langage adopter	1	0.3%
▪ Problème de confidentialité, les jeunes ne nous connaissent pas Et je ne sais pas quel est le rôle exact du pharmacien	1	0.3%

Conclusion de l'enquête d'avril 2018 auprès de 172 professionnels de santé issus du milieu officinal :

- Un tiers des officinaux interrogés a été confronté à cette situation dans leur pratique professionnelle.
- En regard de cela, plus de 85% des personnes interrogées ne se sentent pas suffisamment formées sur la prise en charge pour orienter efficacement un suicidant ou un proche qui évoquerait un tel évènement.
- Pour les 85% de personnes qui ne se sentent pas suffisamment formées, ressortent principalement :
 - o Une réelle difficulté de repérage des signes,
 - o Une méconnaissance des dispositifs d'aide et de prise en charge mis à disposition pour les jeunes
 - o Voire même une méconnaissance du rôle du pharmacie

2) Etude de cas issus du Centre Antipoison de Lille 2010-2017

Nous avons relevé l'ensemble des dossiers médicaux concernant une intoxication médicamenteuse volontaire au Centre AntiPoison de Lille entre 2010 et 2017 chez les jeunes de 8 ans à 15 ans à partir du logiciel CIGUE (*Centrale d'Information et de Gestion en Urgence des Empoisonnements*) et du logiciel d'extraction BusinessObjects v4.2. Tout autre type d'acte suicidaire est exclu (par exemple, ingestion d'eau de javel, de baies, de champignons, etc...).

Sur 7 ans, 6194 cas ont été traités au CAP de Lille pour cette classe d'âge (sur environ 21 000 cas d'intoxications médicamenteuses volontaires tous âges confondus). Ainsi, les intoxications médicamenteuses volontaires chez les 8-15ans représentent à eux seuls presque 30% de la totalité des intoxications médicamenteuses volontaires traités.

Sur l'ensemble des cas relevés, différents départements sont concernés avec principalement le Nord, Le Pas-de-Calais, La Seine Maritime et la région Parisienne. Le centre antipoison de Lille, arrive à gérer la plupart des appels provenant des Hauts de France. Cette étude est significativement représentative de l'estimer du nombre de cas dans cette région.

Pour les 6194 cas traités entre 2010 et 2017, on comptabilise 11865 ingestions de médicaments différents ce qui montre une grande proportion de co-ingestions.

Il existe deux principaux biais à cette étude statistiques : l'ensemble des cas ne traitent que les appels reçus par le centre antipoison de Lille et ne prennent pas en compte la totalité des cas sur le territoire national pour tentative de suicide à partir de l'ingestion d'un ou plusieurs médicaments. Enfin, les premiers appelants, numériquement parlant, sont des pédiatres. On répertorie donc des tentatives de suicide clairement identifiées avec une évaluation et une sécurité clinique relativement fiable. Cependant, les défauts de repérage d'une tentative de suicide par un parent/un proche ou une sous-estimation du risque et donc la non prise en charge médicale ne rentrent pas compte dans cette étude de cas.

a) Répartition des sexes et des âges

Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par sexe :

Filles	84 %
Garçons	16 %

→ Les jeunes filles sont nettement devant les jeunes garçons en termes de passage à l'acte par ingestion de médicaments (avec près de 84% des cas relevés).

Tableau 7 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par âge

Âge	Nombre de cas
8	7
9	23
10	38
11	113
12	441
13	1163
14	2132
15	2277
Total	6194

On note qu'une très large majorité des cas se situe entre 13 ans et 15 ans (soit presque 90% des cas) avec une nette augmentation de ces cas entre 12 ans et 13 ans (nombre multiplié par 3).

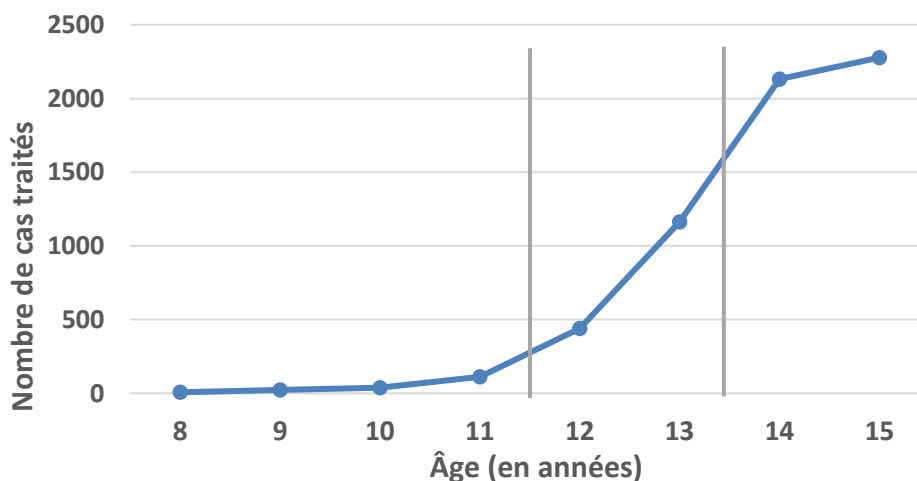


Figure 9 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par âge

b) Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par mois

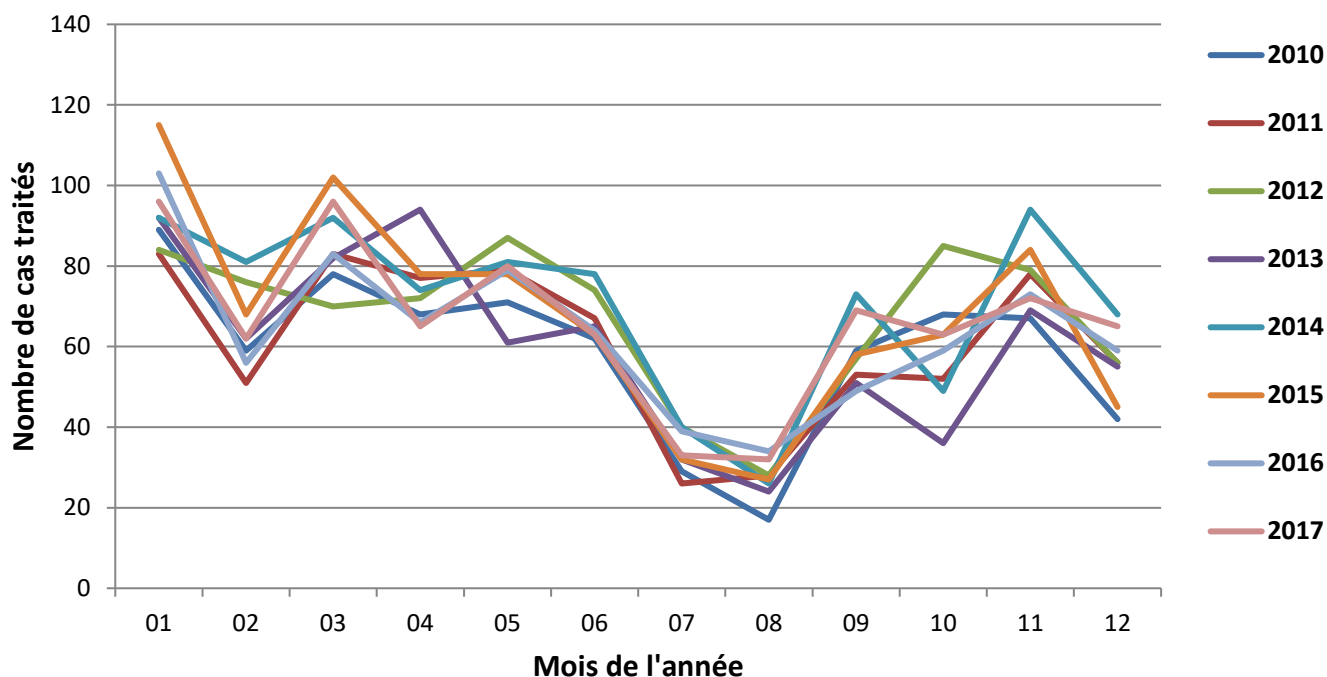


Figure 10 : Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par mois

Pour l'ensemble des années étudiées, l'évolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires chez les 8-15 ans, suit une même périodicité et tendance. Le nombre de cas traités est relativement stable sur les mois de février à juin et de septembre à décembre avec un pic en janvier et une nette régression entre juillet et août. L'été est donc caractérisé par une baisse notable du nombre de cas (grandes vacances scolaires). On retrouve de petites variations similaires dans les autres périodes de vacances (février-avril-octobre-décembre). La reprise de l'activité scolaire est accompagnée d'une augmentation du nombre de cas avec des pics à des moments clés qui peuvent paraître symboliques : premier mois de l'année, arrivée de l'automne et donc changement de saison, décisions de passage à une classe d'un niveau supérieur (remise de bulletins par exemple).

c) Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par année

Tableau 8 : Répartition du nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires par année

Année	Nombre de cas
2010	709
2011	733
2012	808
2013	723
2010	709
2014	848
2015	813
2016	764
2017	796

Le nombre de cas est constant et se situe à une moyenne de 767 cas traités par an pour les 8-15ans. L'évolution du nombre de cas reste relativement faible et stable d'une année à une autre. La tendance ($R^2 = 0.28$) n'est pas assez significative pour affirmer qu'il y a une augmentation du nombre de cas.

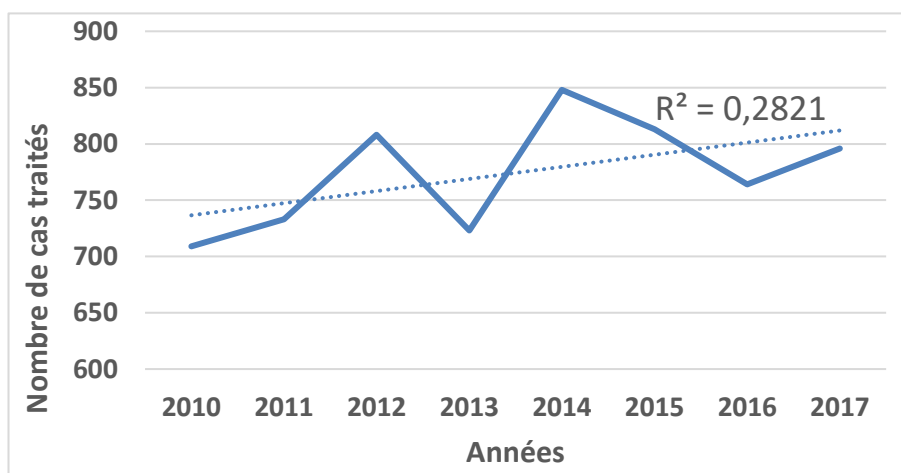


Figure 11 : Evolution du nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par année

d) Sévérité clinique des intoxications médicamenteuses volontaire par année (exprimé en PSS).

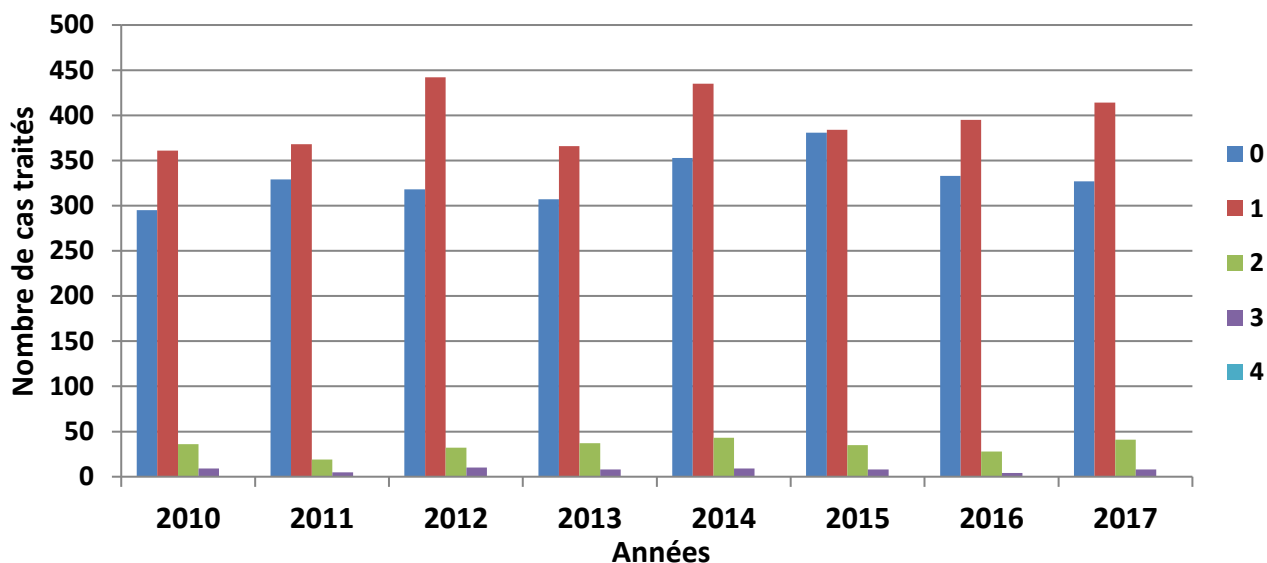


Figure 12 : Sévérité clinique des intoxications médicamenteuses volontaires par année [15]

Remarque concernant le PSS (Poison Severity Score : Annexe 2) : outil d'évaluation de la gravité clinique utilisé au moment de l'appel par le CAP de Lille.

PSS	Expression clinique
0	<i>Pas de symptôme</i>
1	<i>Symptômes mineurs, régressant spontanément</i>
2	<i>Symptômes prononcés ou prolongés</i>
3	<i>Symptômes sévères avec mise en jeu du pronostic vital</i>
4	<i>Décès</i>

Le constat reste le même selon l'années étudiée : plus de 90% des cas d'intoxications médicamenteuses volontaires ont un score PSS compris entre 0 (aucun symptôme) et 1 (symptômes faibles et régressant spontanément) ; ce qui se traduit donc par une clinique faible et un risque très réduit.

Un seul décès est comptabilisé, en 2011 pour une jeune fille de 15 ans ayant absorbé une quantité inconnue de Plaquenil 200mg sans autre co-ingestion à son domicile.

⇒ La plupart des intoxications médicamenteuses volontaires présentent un risque de décès très réduit et une sévérité clinique faible. La tendance reste la même sur l'ensemble des années étudiées.

e) Sévérité clinique des intoxications médicamenteuses volontaires par sexe (exprimé en PSS)

Tableau 9 : Nombre de co-ingestions relevées

ANNEE D'INTOXICATION	Sexe	GRAVITE CLINIQUE 5 (EN PSS)					Total général
		0	1	2	3	4	
2010	F	245	284	28	7		564
	G	46	73	8	2		129
TOTAL 2010		291	357	36	9		693
2011	F	263	310	15	4	1	593
	G	55	52	2	1		110
TOTAL 2011		318	362	17	5	1	703
2012	F	264	357	25	6		652
	G	47	79	7	4		137
TOTAL 2012		311	436	32	10		789
2013	F	265	309	31	7		612
	G	39	53	5	1		98
TOTAL 2013		304	362	36	8		710
2014	F	298	362	31	7		698
	G	51	68	12	2		133
TOTAL 2014		349	430	43	9		831
2015	F	323	320	22	7		672
	G	53	55	10	1		119
TOTAL 2015		376	375	32	8		791
2016	F	279	343	22	3		647
	G	52	48	6	1		107
TOTAL 2016		331	391	28	4		754
2017	F	268	349	38	6		661
	G	53	61	2	2		118
TOTAL 2017		321	410	40	8		779
TOTAL GENERAL		2601	3123	264	61	1	6050

La sévérité clinique est non seulement relativement constante dans le temps mais également entre les sexes. On retrouve un plus grand nombre de cas d'intoxication médicamenteuse volontaire chez les jeunes filles. Cette tendance est préservée quel que soit la gravité clinique.

f) Nombre de co-ingestions (médicaments différents)

Tableau 10 : Nombre de co-ingestions relevées

Nombre de médicaments ingérés	Nombre de cas	%
1	3291	53,5%
2	1414	23,0%
3	715	11,6%
4	372	6,0%
5	179	2,9%
6	75	1,2%
7	43	0,7%
8	32	0,1%
9	13	0,1%
10	9	0,1%
11	1	0,1%
12	3	0,1%
13	2	0,1%
15	3	0,1%
17	1	0,1%

53,3 % des intoxications médicamenteuses volontaires concernent l'ingestion d'un seul médicament. 23% d'entre-elles concerne deux médicaments et 11.6%, trois médicaments. Malgré ces chiffres, on observe finalement des cas de plus de 5 médicaments ingérés (et jusque 17 médicaments).

g) Nombre de cas d'intoxications médicamenteuses volontaires par classe thérapeutique

• Selon la classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) de l'OMS

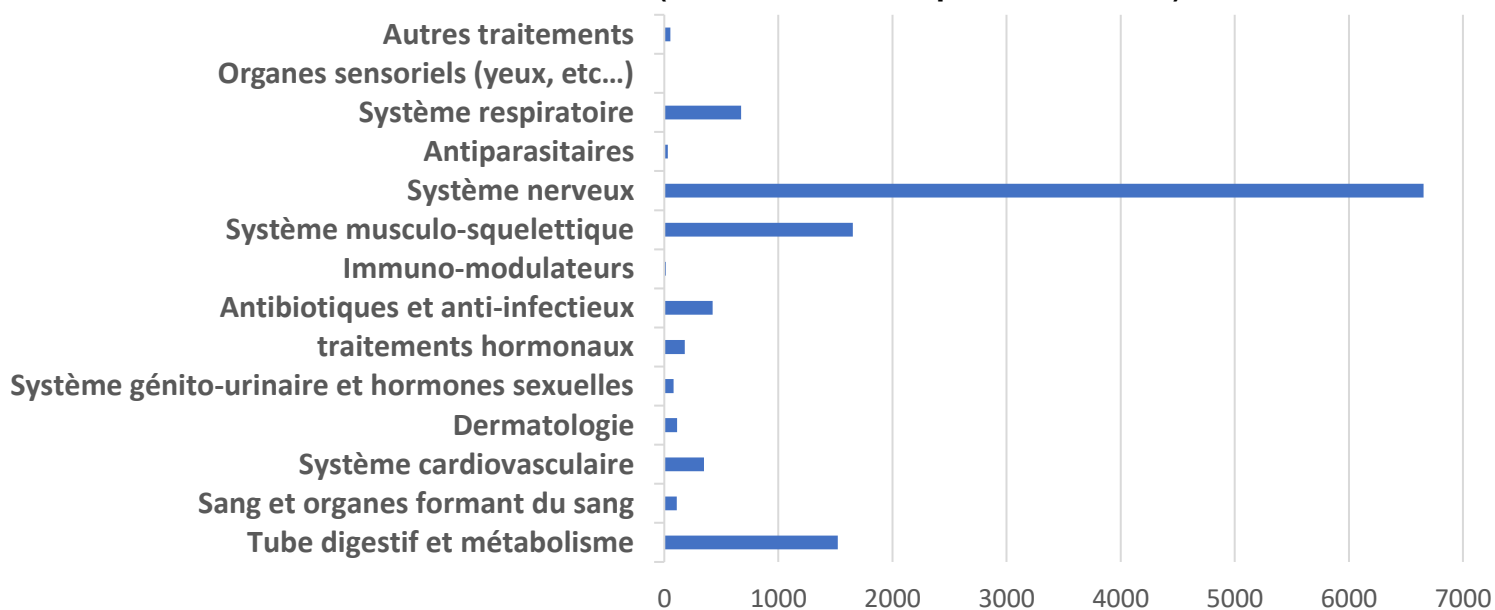


Tableau 11 : Répartition du nombre de cas par classe ATC

Médicaments	Nombre d'ingestions	%
Système digestif et métabolisme	1521	12.8
Sang et organes hématopoïétiques	110	1
Système cardiovasculaire	347	3
Dermatologie	111	0
		1
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	82	0.4
Hormones systémiques (hors insulines et h. sexuelles)	180	1
Antibiotiques et anti-infectieux	424	4
Immunomodulateurs et Antinéoplasiques	15	0.01
Système musculosquelettique	1653	13.9
Système nerveux	6656	56.1
Antiparasitaires, insecticides et répulsifs	32	0.2
Système respiratoire	674	5.7
Organes sensoriels (yeux, etc...)	6	0.1
Autres traitements (homéo/phytothérapie)	54	0.3
Total général	11865	100 %

Les médicaments du système nerveux sont très largement en tête des utilisations dans les cas d'intoxications médicamenteuses volontaires. Ensuite, les médicaments du système musculo-squelettique arrivent en seconde intention et enfin du tube digestif. Nous aborderons plus en détail les différentes molécules les plus utilisées par la suite.

Note : La classe « autres traitements » comprend notamment l'ensemble des traitements homéopathiques et de la phytothérapie.

- Répartition de l'âge pour chaque classe thérapeutique utilisée

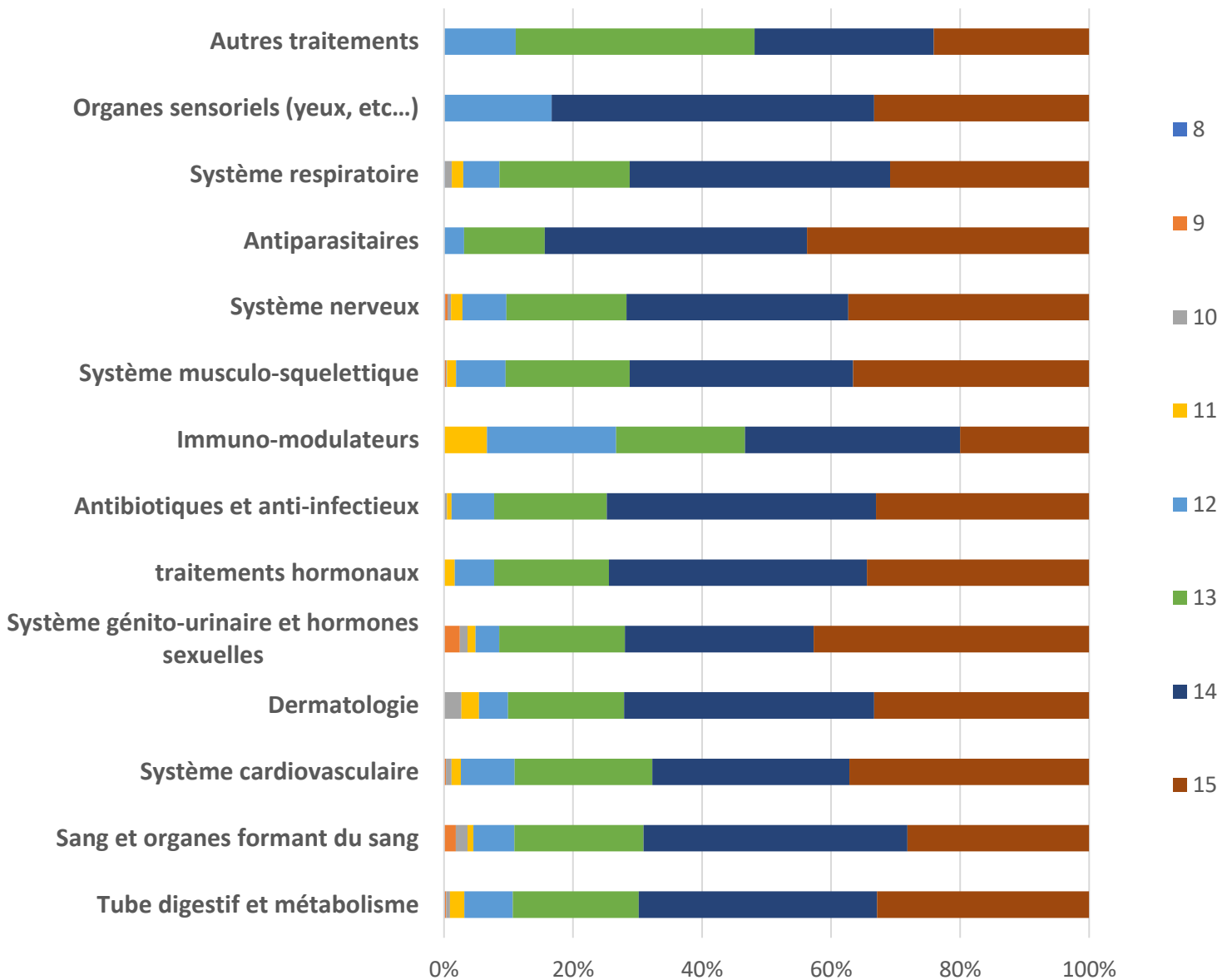


Figure 14 : Répartition des classes thérapeutiques utilisées en fonction de l'âge

Les 13-15 ans représentent près de 80 à 90% des cas d'ingestions médicamenteuses toutes classes thérapeutiques confondues. Les 8-10 ans semblent plus associés à la prise de médicaments du système digestif (Lopéramide, Dompéridone par exemple), du système urinaire (Oxybutynine principalement), du système musculo-squelettique (Ibuprofène, Kétoprofène), du système nerveux (Paracétamol, Benzodiazépines), du système

cardiovasculaire (Anti-hypertenseurs et hypocholestérolémiants principalement) et issus de la dermatologie (Antiseptiques principalement) et enfin les produits ayant un impact sur le sang (Acide acétylsalicylique, Acide folique entre-autre).

Pour cette classe d'âge, les médicaments ne sont clairement pas issus d'un traitement chronique du jeune suicidant et peuvent laisser entendre que ces médicaments appartiennent à un membre de la famille (parents, grands-parents) mais également à l'armoire à pharmacie pour des médicaments d'automédication. Nous allons étudier de manière plus approfondie les classes thérapeutiques utilisées.

h) Classes thérapeutiques et médicaments les plus utilisés

- Tableau 12 : « Top 10 » des principales ingestions

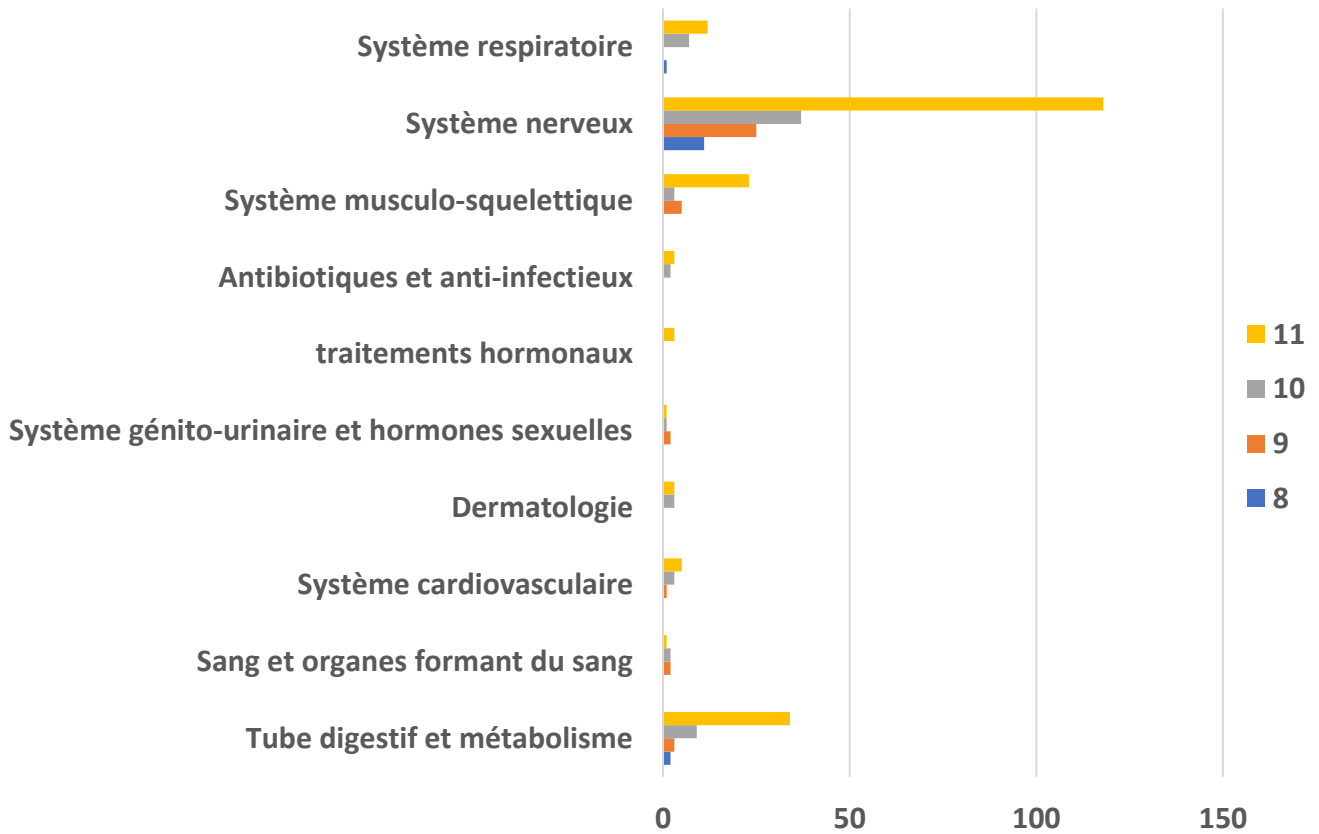
Médicaments	Nombre d'ingestions
▪ <i>PARACETAMOL</i>	2057
▪ <i>BENZODIAZEPINES (toutes classes confondues)</i>	1720
▪ <i>IBUPROFENE</i>	769
▪ <i>SPASFON</i>	625
▪ <i>HYDROXYZINE</i>	456
▪ <i>CYAMEMAZINE</i>	375
▪ <i>KETOPROFENE</i>	122
▪ <i>DESLORATADINE</i>	111
▪ <i>AMOXICILLINE</i>	110
▪ <i>DOMPERIDONE</i>	106

Dans 17% des ingestions, on retrouve du Paracétamol avec non loin derrière les Benzodiazépines (toutes classes confondues : 14% des cas). Ces molécules représentent donc 31% des ingestions.

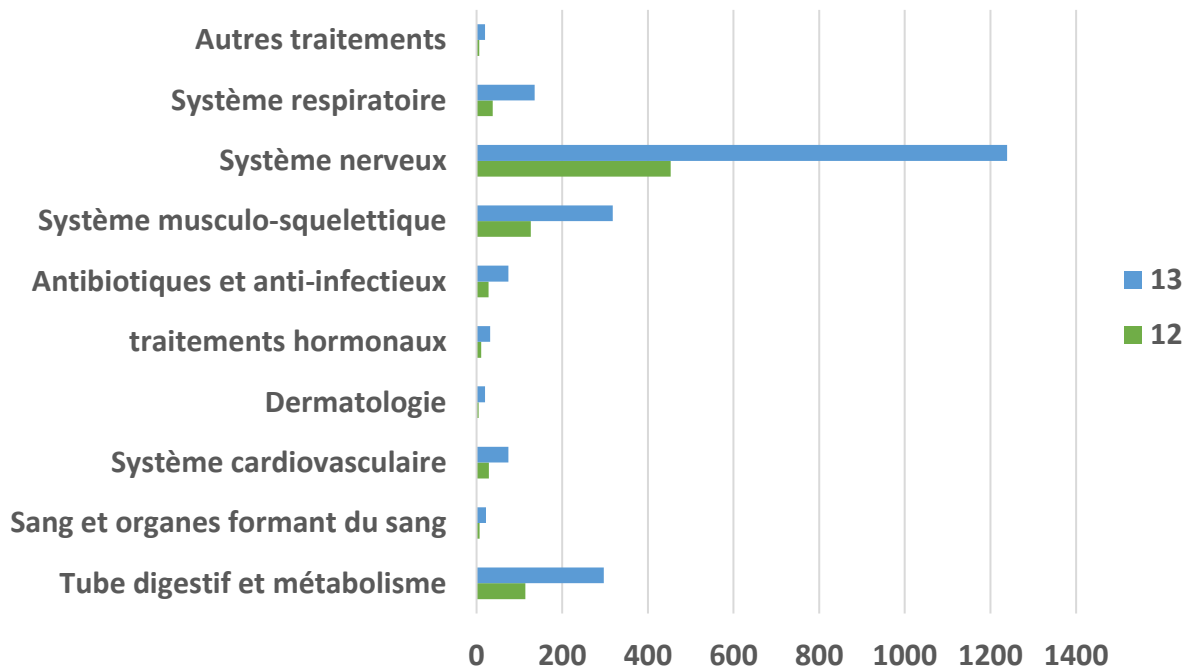
- Tableau 13 : « Top 25 » des principales ingestions par classe ATC

<i>Médicaments</i>	<i>Nombre d'ingestions</i>
Système nerveux	6656
▪ PARACETAMOL	2057
▪ HYDROXYZINE	456
▪ CYAMEMAZINE	375
▪ ALPRAZOLAM	342
▪ BROMAZEPAM	275
Système musculo-squelettique	1653
▪ IBUPROFENE	769
▪ TETRAZEPAM	141
▪ KETOPROFENE	122
▪ FLURBIPROFENE	86
▪ ACIDE TIAPROFENIQUE	76
Tube digestif et métabolisme	1521
▪ PHLOROGLUCINOL	625
▪ DOMPERIDONE	106
▪ LOPERAMIDE	102
▪ METOPIMAZINE	65
▪ TRIMEBUTINE	64
Système respiratoire	674
▪ DESLORATADINE	111
▪ ALIMENAZINE	76
▪ CETIRIZINE	48
▪ DOXYLAMINE	45
▪ PSEUDOEPHEDRINE	43
Antibiotiques et anti-infectieux	424
▪ AMOXICILLINE	110
▪ SPIRAMYCINE	26
▪ PRISTINAMYCINE	25
▪ AMOXICILLINE & INHIBITEUR D'ENZYMES	24
▪ METRONIDAZOLE	21
Total général (tous médicaments confondus)	11865

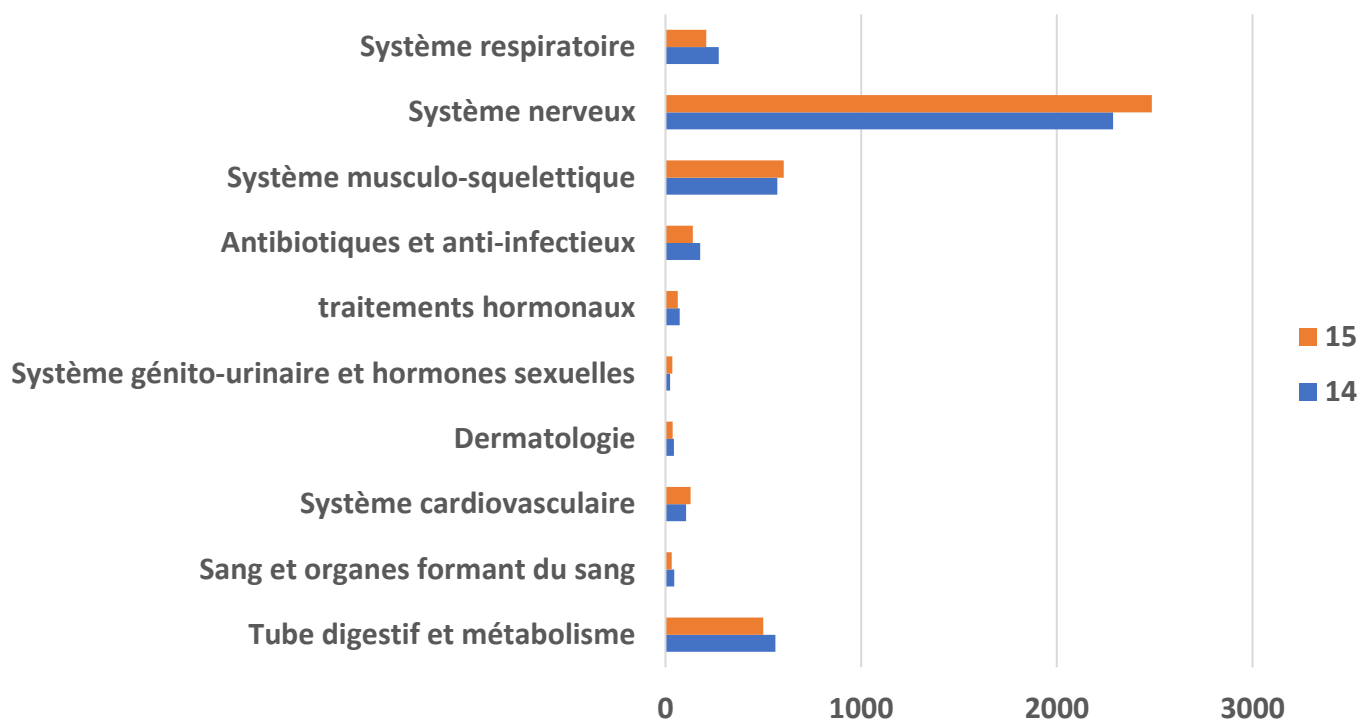
- Figure 15 : « Top 10 » des classes ATC utilisées par les 8-11 ans



- Figure 16 : « Top 10 » des classes ATC utilisées par les 12-13 ans



- Figure 17 : « Top 10 » des classes ATC utilisées par les 14-15 ans



On retrouve la même tendance d'utilisation des classes thérapeutiques dans les différentes classes d'âge. L'âge n'influe donc pas sur le type ou classe de médicament pris. Le risque concerne principalement les médicaments du système nerveux, ceux du système musculo-squelettique et ceux du tube digestif quel qu'en soit l'âge.

Nous pouvons établir deux hypothèses sur les principales origines des traitements utilisés dans le cadre de ces tentatives de suicide dans cette population : traitements d'automédication (facilement accessibles en pharmacie pour ce qui est du paracétamol, de l'ibuprofène et du phloroglucinol) mais également des médicaments issus d'un traitement d'une personne adulte (benzodiazépines, hydroxyzine, kétoprofène, etc....).

i) Répartition des lieux d'exposition

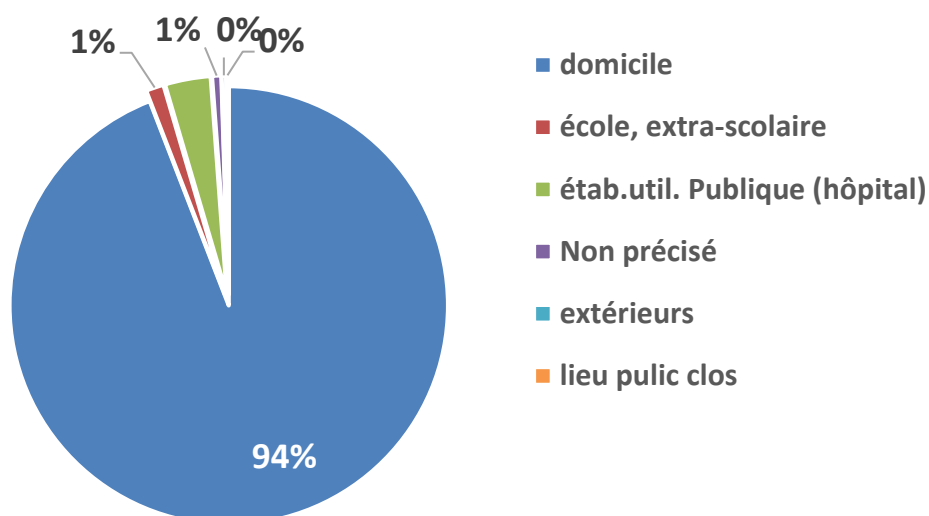


Figure 18 : Répartition des lieux d'exposition

Près de 94% des cas d'intoxications médicamenteuses volontaires chez les 8-15 ans se font au domicile familial. Il est intéressant de noter que 4% d'intoxications médicamenteuses volontaires sont réalisés en milieu hospitalier (Médicaments laissés sans surveillance à proximité du suicidant par exemple : il s'agit probablement d'un acte de récidence).

j) Répartition des appelants

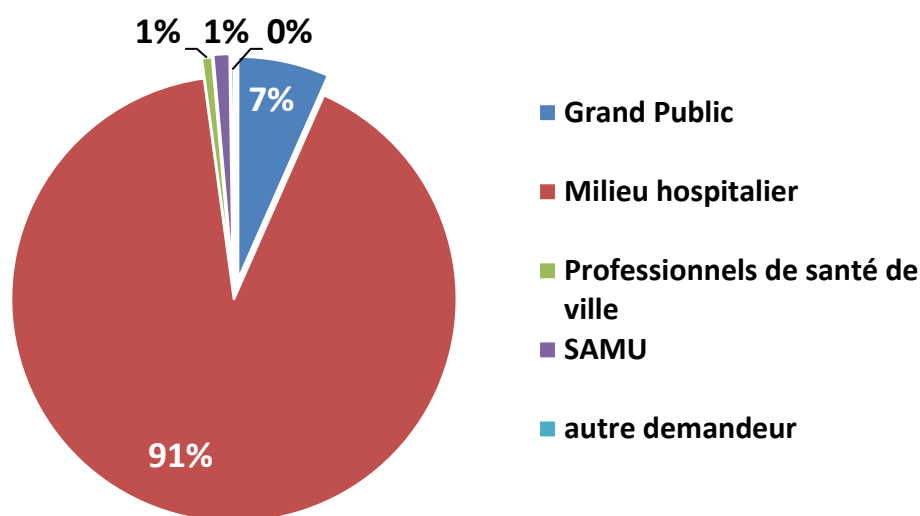


Figure 19 : Répartition des appelants

Conclusion de l'étude menée au Centre Antipoison de Lille sur les intoxications médicamenteuses volontaires chez les 8-15 ans entre 2010 et 2017 :

- Les intoxications médicamenteuses volontaires des 8-15 ans représentent presque 30% des cas d'intoxications médicamenteuses volontaires toutes classes d'âges confondues.
- Les jeunes filles sont majoritaires dans le nombre de tentative de suicide avec une nette dominance des enfants de 13 à 15 ans. La plupart de ces intoxications médicamenteuses volontaires ont lieu au domicile familial.
- Les intoxications médicamenteuses volontaires représentent dans la majorité des cas un risque faible et s'expriment cliniquement par des symptômes faibles et réduits dans le temps (1 cas mortel en 2011).
- Les médicaments agissant sur le système nerveux sont majoritairement utilisés (le Paracétamol en premier) avec en second plan les médicaments à visée musculo-squelettique (Ibuprofène) et enfin digestive.
- Le nombre de co-ingestions reste élevé (53.5 % des cas représentent une ingestion supérieure à deux médicaments) avec un maximum de 17 médicaments différents ingérés.
- Le nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires n'évolue pas de manière significative dans le temps et certaines périodes de l'année montrent une augmentation du nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires (période automnale et hivernale principalement) tandis que d'autres montrent une nette réduction (Juillet-Août).

-

PARTIE III : Prise en charge du suicidant

1) La gestion du risque vital et l'organisation des soins

a) Eliminer le risque vital

Le suicidant est immédiatement orienté vers un service d'urgence, qu'il y ait un risque vital pour lui ou non. Ce sont souvent les professionnels de la régulation du Samu ou des Centres Antipoison qui sont amenés à évaluer en premier lieu le risque, à stabiliser si possible la situation et à organiser l'arrivée des secours ou la prise en charge.

Il convient donc d'éliminer ce risque vital éventuel et de prendre les mesures thérapeutiques indispensables au maintien des fonctions métaboliques et fonctionnelles du patient. Lorsque la situation est particulièrement délicate du fait du toxique ingéré ou de la clinique exprimée, l'envoi d'un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est parfois nécessaire afin de réaliser un premier bilan clinique voire des gestes médicaux de première nécessité (réanimation, intubation, etc...). Une fois que le pronostic vital n'est plus engagé et le patient stabilisé, il est orienté vers un service hospitalier adapté (urgences, service de réanimation, etc...).

La gestion du patient arrivé aux urgences doit être orientée vers une qualité d'accueil et d'empathie qui favorise un climat de confidentialité et de proximité dans laquelle le jeune suicidant puisse trouver un certain réconfort et adhérer aux soins mis en place. La gestion de l'entourage est également primordiale afin de le rendre actif dans l'amélioration des soins et la limitation du risque de récurrence. De plus, ce sont eux qui peuvent apporter des premières informations nécessaires à l'évaluation somatique et/ou toxicologique du patient tels que ses antécédents médicaux, pathologies en cours, âge précis, etc...

Dans le cadre de la prise en charge des soins et d'un point de vue médico-légal, un membre de la famille ou personne désignée par celle-ci doit accompagner le jeune patient et doit adhérer aux soins mis en place.

b) L'hospitalisation : une recommandation formelle peu respectée

Les recommandations issues de la Conférence de Consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie en octobre 2000 [16] sont formelles : il est

indispensable d'hospitaliser le jeune suicidant afin de souvent, l'extraire du cadre familial.

Pourtant, seulement 20% des adolescents en situation de tentative de suicide sont hospitalisés. Ce constat s'explique par l'absence de reconnaissance de l'acte, les réticences des familles, la banalisation de l'acte et l'absence de place au niveau hospitalier, la honte, le tabou ou la volonté de ne pas être stigmatisé.

Les Centres Antipoison et leur rôle dans la prise en charge du suicidant :

« Les centres antipoison sont chargés de répondre, notamment en cas d'urgence, à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit ou substance d'origine naturelle ou de synthèse, disponible sur le marché ou présent dans l'environnement » Décret n°96-833 du Code de Santé Publique du 17 septembre 1996.

Ils ont un rôle d'information et d'organisation de la prise en charge des soins auprès des professionnels de santé et du public. Il s'agit d'une activité de téléconsultation et de télé-expertise fournissant une aide téléphonique au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications.

Comment se déroule un appel au Centre Antipoison de Lille dans le cadre d'une intoxication médicamenteuse volontaire (point de vue du médecin/pharmacien toxicologue) ?

- *Caractéristiques du patient : âge, sexe, poids, antécédents pathologiques. Et traitements associés.*
- *Toxique(s) concerné(s) et quantités ingérées (doses supra-toxiques ? thérapeutiques/infra-toxiques, risque interaction, etc... ?), délai entre la prise et l'appel.*
- *Circonstances de l'ingestion (lieu d'intoxication, délai entre les prises, vomissements provoqués, co-ingestion avec de l'alcool ou drogues, etc...)*

- *Etat clinique du patient : évaluation des fonctions neurologiques (via score de Glasgow) par exemple : recherche d'une symptomatologie respiratoire, d'une atteinte cardiovasculaire, etc... On peut coter la sévérité des symptômes à partir du tableau de Poison Severity Score (PSS : Annexe 2). [15]*
- *Evaluation du risque à partir de toutes ces données (pas de risque, risque mineur, sévère ou léthal).*
- *Mise en place de la conduite à tenir et organisation de la prise en charge et des soins d'urgence : envoi de véhicule type SMUR, VSAV, demande à l'entourage de conduire le patient aux urgences les plus proches si cela reste possible ou protocole de soins si l'appelant est un professionnel de santé). Le suicidant doit toujours aller en milieu hospitalier.*
- *Rédaction du dossier médical du patient sur deux bases de données.*
- *Réaliser un suivi médical du patient. Il s'agit d'une obligation médico-légale. Ce suivi permet d'affiner une prise en charge médicale en cas de patients hospitalisés, de connaître l'évolution du patient, de repérer une symptomatologie inhabituelle avec un produit et d'évaluer si une prise en charge préconisée a été réalisé et a été efficace. Les centres antipoison participent ainsi aux missions de toxivigilance.*

Cette hospitalisation joue un rôle déterminant : extraire le patient de son environnement proche (familial par exemple), elle a prouvé son importance sur le risque de récurrence. Ses caractéristiques principales sont : [16]

- Elle est immédiate après l'acte ou réalisée dès que l'acte est connu.
- La prise en charge se fait idéalement dans un service adapté en fonction de l'âge.
- La prise en charge est pluridisciplinaire aussi bien au niveau somatique (pour mesurer les conséquences physiques) que psychologique de préférence dès le début de l'hospitalisation aux urgences.
- Une durée minimale de 3 jours est recommandée (bien trop souvent, ne dépasse pas les 24h après avis pédopsychiatrique).

2) Evaluation du potentiel suicidaire d'un individu dans un service d'urgence

L'organisation de cette évaluation et le choix des outils seront variables en fonction des contextes de l'évaluation (ville, hôpital). Ainsi, l'évaluation psychopathologique doit être réalisée le plus précocement possible par un psychiatre afin d'orienter le patient vers une unité de soin appropriée. Il s'agit d'un entretien qui doit permettre le recueil des plaintes psychiques « à vif » et par extension, rechercher des signes de gravité pouvant soit faire craindre une première crise de suicide, soit une récurrence. Certaines structures présentent le patient au pédopsychiatre seulement 24h après son admission aux urgences dans le but que l'état de crise soit passé et que la prise en charge soit optimale.

Il paraît donc important d'explorer l'ensemble des éléments cliniques appartenant au patient : diagnostic psychiatrique (afin de rechercher un trouble dépressif, anxieux, troubles de l'humeur, troubles de panique, schizophrénie, abus de substances de type alcools), recherche d'antécédents de tentative de suicide, évaluation de l'intentionnalité du suicide (présence d'un projet suicidaire ? fréquence, durée et intensité des idées suicidaires ?), recherche de troubles du comportement, vie affective, contexte social (isolement ? précarité ?).

Il faut prendre au sérieux chaque menace, chaque signe avant-coureur et chaque facteur de risque. La tentative de suicide peut constituer un réel appel à l'aide. Il faudra également distinguer les idées appartenant à une suicidalité chronique et les signes avant-coureurs d'un risque de suicide aigu.

Séguin et al. (1999) proposent trois étapes nécessaires au processus d'évaluation de la crise suicidaire (Risque-Urgence-Dangerosité) : [17]

- Evaluation du risque à partir notamment des facteurs de risque et de protection associés au patient.
- Evaluation clinique de l'urgence (= probabilité de décéder dans les 48h) qui rend compte de l'imminence du passage à l'acte et qui se base sur l'idéation suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide, scénario.
- Evaluation de la dangerosité : étude de l'accessibilité et de la létalité du scénario potentiellement prévu.

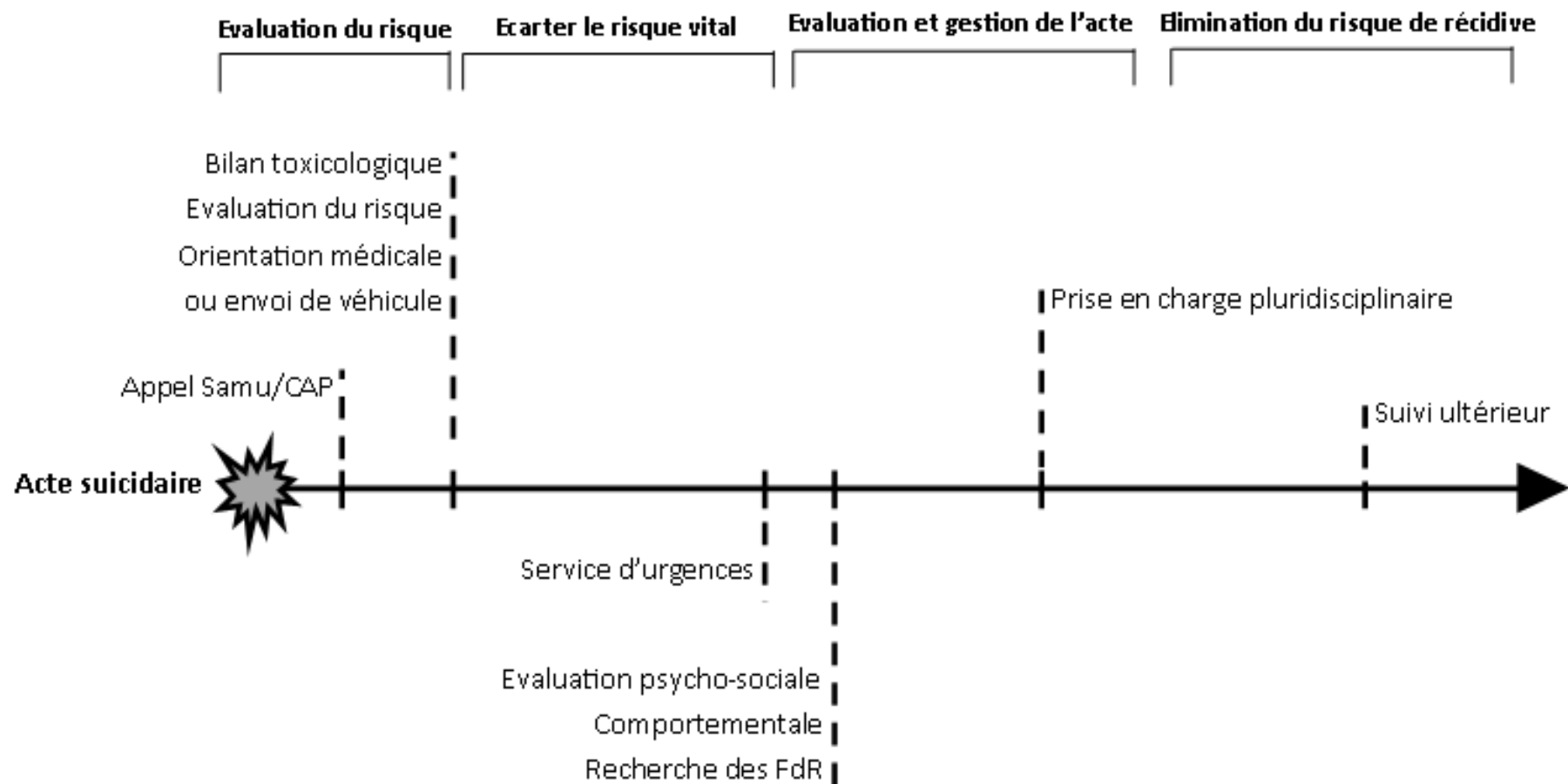


Figure 20 : Représentation de la prise en charge du suicidant.

a) Prise en charge aux urgences

L'HAS recommande que tout enfant/adolescent soit pris en charge et bilanté dans un service d'urgence (voir Annexe 3 : exemple de prise en charge à l'Hôpital Timone-enfants Marseille) [16] [20], suite à une tentative de suicide. Il est primordial d'établir un lien de confiance avec le suicidant et de créer un espace de confidentialité, celui-ci doit se sentir écouté : la communication ne doit pas pouvoir être perturbée. Cela sera d'autant plus efficace que le clinicien sera attentif aux signes de communication non verbaux (changements d'appuis récurrents, signes extérieurs de stress, etc...).

L'évaluation dans un service d'urgences s'organise de la manière suivante (recommandation 2014 de l'HAS) : [17]

- Phase initiale de pré-évaluation : prise de contact avec un parent, membre de la famille, assistant social voire enseignant. Le patient est surveillé de manière continue par un professionnel de santé.
- Phase d'évaluation : observation du comportement du patient, entretien avec celui-ci (questionnement sur les circonstances de l'acte, l'histoire du patient et de sa famille, son état psychopathologique), évaluation de la létalité de l'acte, la capacité du patient à se projeter dans le futur, des comportements à risque (consommation/abus de substances, impulsivité). Recherche de la présence de situation conflictuelle ou de traumatisme physique voire sexuel, perte de relation amoureuse. Evaluation du soutien du patient par sa famille, ami, etc....

De manière générale, les cliniciens évaluent trois plans :

- Le domaine **somatique** : évaluation de la conséquence physique de l'acte, consommation de substances, vie sexuelle (afin d'identifier un comportement à risque : rapports non protégés, grossesse, avortement), examen du corps à la recherche de signes de scarification ou d'automutilation, vérification de l'état général du patient : dénutrition, hygiène de vie, développement pubertaire, etc...
- Le domaine **psychologique** : il est systématique et doit être fait le plus précocement possible par un psychiatre : il servira de référent. Il intègre la

recherche du facteur déclenchant, les éventuels facteurs de risque de récurrence et sa recherche d'antécédents de traumatismes et d'abus.

- Le domaine **social** : étude du contexte familial et socio-éducatif, recherche des troubles d'insertion et d'adaptation, etc...
- Phase de diagnostic préliminaire : le praticien hospitalier doit pouvoir distinguer des troubles de l'humeur ou d'anxiété, ou des troubles de conduites ou des troubles oppositionnels.
- Phase interventionnelle : le praticien envisagera une thérapie médicamenteuse et/ou psychologique dans la mesure où un trouble psychopathologique est relevé (anxiété, dépression). L'enfant sera orienté vers un service spécialisé.

La famille est toujours intégrée dans ces différentes phases, et ce dès l'entrée dans un service d'urgence, afin d'apporter un soutien au suicidant. Leur adhésion au projet de prise en charge post-crise est également primordial pour conserver une bonne observance.

b) Evaluation de la dangerosité du geste suicidaire

Cette évaluation, initiée par la conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (2000) [16], est basée sur six critères à rechercher chez le suicidant :

- Niveau de souffrance : désespoir, repli sur soi/isolement, dévalorisation, impuissance, culpabilité, etc...
- Degré d'intentionnalité : idées envahissantes, attitude par rapport aux propositions de soins, planification du passage à l'acte, etc...
- Eléments d'impulsivité : instabilité comportementale, état de panique, antécédents de passage à l'acte, etc...
- Eventuel élément précipitant : dispute, rupture sentimentale, conflit scolaire ou avec la loi, décès d'un proche, etc...

- Moyens létaux à disposition : médicaments, armes à feu, etc...
- Qualité du soutien de l'entourage proche

On cote ainsi le degré de dangerosité et du risque de la manière suivante : [18]

- Faible si la personne recherche la communication avec établissement d'un lien de confiance avec un praticien, cherche des solutions à ses problèmes et pour faire face à la crise, si pas de scénario suicidaire précis, est souffrante psychologiquement mais ne paraît pas troublée et n'exprime pas cet état.
- Moyen si la personne a un équilibre émotionnel fragile, intentionalité du suicide clair et envisage le scénario de suicide mais reporte toujours son exécution, ne voit pas d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir, a besoin d'aide et l'exprime de manière directe ou indirecte.
- Elevé si la personne est décidée avec une planification faite ; a un accès direct et immédiat au moyen de se suicider, a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé, est très isolée ; est coupée de ses émotions et est complètement immobilisée par la dépression ou au contraire dans un état de grande agitation.

c) Les outils d'évaluation du potentiel suicidaire chez le jeune

- **L'échelle de dépression de Beck** [19] (ou BDI pour Beck Depression Inventory) est une méthode d'auto-évaluation des aspects propres de la dépression. Ainsi le clinicien va pouvoir détecter et « scorer » un état dépressif. Ce questionnaire est composé de 13 items auxquels on additionne les score (Annexe 4. Exemple d'items : « je me hais », « je n'ai pas l'impression d'être plus laid qu'avant », « mon appétit est toujours aussi bon », etc...
 - 0-4 : pas de dépression ; 4-7 : dépression légère ; 8-15 : dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère.

- **L'échelle de désespoir de Beck** [19] (ou BHS pour Beck Hopelessness Scale) : c'est un questionnaire Vrai/Faux de 20 questions qui mesure trois aspects du désespoir : sentiment négatif envers l'avenir, perte de motivation, attentes pessimistes (Annexe 5).
 - On additionne chaque réponse pessimiste. Plus le nombre est grand, plus le désespoir est considéré comme grand. Le score seuil correspond à 9 points.

Il s'agit d'un test très intéressant afin de déterminer quel sujet aurait besoin d'une attention et prise en charge clinique. Il n'est cependant pas à utiliser dans une situation d'urgence, il faut réserver ce score au dépistage.

- **L'échelle d'intentionnalité de Beck** [22] (ou BSIS pour Beck Suicide intent Scale) : permet de mesurer l'intentionnalité suicidaire d'un acte « fraîchement » réalisé, en se basant notamment sur les circonstances du geste et sur les propos rapportés par le patient (Annexe 6). Il est très utilisé dans l'évaluation psychologique du patient qui a récemment tenté de se suicider.
- **L'échelle d'idéation de Beck** [19] (ou BSS pour Beck Scale for Suicide ideation) : c'est un questionnaire qui se compose de 21 questions : les cinq premières permettent d'évaluer le désir du patient de vivre ou de mourir. Si le clinicien observe des éléments d'idéation, il peut poser les questions suivantes du test afin d'évaluer la durée et la fréquence de cette idéation.
- **L'échelle du Risque Suicidaire de Ducher** [19] (ou RSD) : elle repose sur l'évaluation du risque suicidaire d'un point de vue décisionnel (Annexe 7). C'est le clinicien qui cote cet élément. Ses principaux avantages résident dans sa rapidité (1 à 2 minutes) et sa répétabilité au cours de la prise en charge du patient.
 - 0 à 5 : idées de mort ou de suicide mais intentionnalité nulle.

- 6 à 9 : idéation du suicide avec désir de mort (6 : envie de mourir de manière passive ; 7 : quelque chose retient à la vie : peur de faire souffrir par exemple ; 8 : le suicide est décidé mais non planifié ; 9 : planification faite).
 - 10 : passage à l'acte.

- **L'évaluation chronologique des événements suicidaires** (ou ECES) de Shea (Annexe 8). Elle permet surtout de rechercher les éléments à craindre dans une situation de récurrence à court terme et donc à niveau de risque élevé.

- **Le test TSTS-CAFARD** ^[24] a été initié pendant la Conférence de Consensus de l'ANAES (maintenant rattaché à l'HAS) en 2000. Il permet le dépistage du mal-être chez l'adolescent et consiste à aborder 4 thèmes (Traumatologie, Sommeil, Tabac et Stress). A chaque réponse positive, on pose une question complémentaire à partir de cinq mots clés (cauchemars, agression, fumeur quotidien, absentéisme, ressenti désagréable familial). Ce test permet de créer une amorce à l'accompagnement du jeune pour le passage d'un cap difficile. Pour tout score supérieur ou égal à 3, il faut rechercher des antécédents suicidaires ou de mal-être.
 - Le tests TSTS-CAFARD est progressivement remplacé par le test BITS devant l'augmentation du nombre de suicidants et l'apparition de nouveaux comportements (téléphone, réseaux sociaux, internet, etc....)

- **Le test BITS** ^[25] ^[26] : C'est le test de référence pour les jeunes suicidant depuis 2016. L'objectif : obtenir suffisamment d'éléments afin que le clinicien puisse aborder directement l'existence d'antécédents suicidaires ou de mal-être profond. Il est composé d'une suite de quatre questions simples :

thème	1 point	2 points	Score
B rimades	A l'école	Hors école	/2
I nsomnies	Fréquentes	Cauchemars	/2
T abac	Irrégulier	Quotidien	/2
S tress	Scolaire (travail) OU Familial	Scolaire (travail) ET Familial	/2
à 3 points interroger sur des idées ou actes suicidaires ou des scarifications			

Figure 21 : Test BITS

- *Score : +1 si positif à la première partie de la question, +2 si positif à la deuxième partie de la question.*
On ne comptabilise que le score maximum pour chacune des questions.
Score maximal : 8 points
- *Résultats : si le score est supérieur ou égal à 3 : le risque suicidaire est majoré de 20%. Il faudra interroger le patient sur son degré d'idéation ou planification de l'acte suicidaire.*

Son principal intérêt réside dans le fait qu'il cible à la fois des troubles du comportements (brimades ou bagarres, tabagisme), troubles biologiques (sommeil et cauchemars) et enfin des troubles psychologiques (stress scolaire ou familial).

3) Prise en charge post-soins des urgences

a) En service hospitalier

Immédiatement après son passage dans un service d'urgences, le patient est orienté vers une unité de soins adaptée en fonction de son âge et capable de gérer des cas de tentative de suicide. L'expérience montre qu'une durée minimale de 7 jours est

recommandée afin de réaliser l'ensemble des évaluations et mettre en place un réel projet de sortie. La réalité est pourtant toute autre avec une durée ne dépassant que rarement 2 à 3 jours. Des soins y sont menés sur les plans psychiques et somatiques et doivent permettre une mise à l'écart du patient par rapport à ses difficultés extérieures, de débiter une psychothérapie et de diminuer la banalisation du passage à l'acte. La famille est intégrée à la prise en charge dans des séances de thérapies cognitivo-comportementales et dans le suivi thérapeutique de manière générale.

b) En ambulatoire

S'il n'y a pas d'indication à ce que le patient soit hospitalisé, une prise en charge extrahospitalière peut être envisagée via un réseau de professionnels formés. Ceux-ci doivent continuer l'évaluation et les soins du suicidant. On retrouvera, de la même manière, une équipe pluridisciplinaire et des institutions composée de médecins généralistes, psychiatres, centres d'accueil, etc.... En première intention, celui-ci sera orienté vers son médecin traitant ou vers des Centres Médico-Psychologiques de proximité.

Les critères ci-dessous doivent tous être réunis afin d'envisager un retour à domicile :

- Le patient doit être médicalement stable (pas de signe d'intoxication ou de délire).
- Accord avec les parents et le suicidant pour revenir aux urgences si des idées suicidaires reviennent.
- Les moyens de nuire doivent être hors de la portée du patient.
- Un traitement (médicamenteux ou psychologique) doit être débuté s'il y a une maladie psychiatrique identifiée.
- Les facteurs de stress sont identifiés et en cours de résolution.
- Intégration de la famille et des intervenants sociaux au protocole de soins.
- Le risque de récurrence a été identifié comme nul ou très réduit après évaluation.

Le patient sortant d'un service hospitalier aura à minima à sa disposition une fiche de sortie avec des noms et moyens de prise de contact avec des personnes de référence

formées à la prise en charge des soins de suite. On y retrouvera par exemple des associations de soutien.

L'étude du dispositif de veille Algos [27] a été nommée dans 23 centres hospitaliers français, pour des personnes quittant les urgences ou une hospitalisation de moins de 7 jours suite à une tentative de suicide.

Deux groupes ont été formés :

- *L'un avec une prise en charge classique par un médecin généraliste.*
- *L'autre avec une prise en charge via un système de veille : ces patients ont reçu une carte avec un numéro d'appel 24h/24, avec, si besoin, la possibilité d'être admis immédiatement dans un service d'urgences. Pour les récidivistes un contact téléphonique a été effectué 10 à 21 jours après l'acte. Si le patient n'est pas joignable, le dispositif prévoyait l'envoi de cartes postales personnalisées durant 5 mois.*

L'analyse des résultats a montré que le système de veille est associé à un taux de conduite suicidaires plus bas que la prise en charge classique et avec une baisse du taux de récurrence.

c) Plan de sécurité et contrat de non-préjudice

La négociation d'un plan de sécurité est considérée comme une des parties les plus critiques de l'évaluation et du traitement de la suicidalité : elle implique de sécuriser les agents létaux (armes à feu, médicaments...), de lister les agents précipitant la crise suicidaire et de mener des entraînements courts à la crise émotionnelle (Brent, 1997). Le contrat de non-préjudice est un important composant du plan de sécurité : c'est un accord, oral ou écrit, entre les patients adolescents, leurs parents, les personnels soignants d'informer un adulte responsable en cas de pulsions suicidaires, et/ou appeler les urgences. Ces plans et contrats ne font pas l'unanimité : le principal reproche qui leur est fait, est de masquer un risque suicidaire réel. Malgré un large consensus sur l'importance de la restriction des moyens utilisables

par un individu, cet aspect a été peu étudié. Dans les salles de soins d'urgence, ce point est documenté et les parents ont beaucoup plus tendance à enlever les armes à feu de leur maison par exemple. Néanmoins, il n'a pas été démontré un réel effet de cette éducation parentale (Brent, 2000). Le manque de succès de cette approche est peut-être dû au fait que l'on insiste plus sur le retrait de l'arme plutôt que sur leur sécurisation, que l'on ne parle pas directement au propriétaire de l'arme à feu et qu'on ne vérifie pas les craintes perçues de retirer l'arme dans le cadre de la perception d'une insécurité nécessitant de se protéger par la possession d'une arme (Brent & Bridge, 2003).

d) Le suivi ultérieur

L'hospitalisation initiale n'a réellement de sens que si elle compose avec une prise en charge ultérieure et immédiate après la sortie. Il s'agit à la fois d'un travail d'accompagnement et de liaison vers une équipe psychiatrique afin d'organiser un soutien et/ou une prise en charge si besoin.

La première consultation de suite doit être proche de la sortie (environ 7 jours). Des psychothérapies sont alors adaptées au suicidant (thérapie familiale, suivi psychologique, etc...). Le but principal : éviter la récurrence. On peut y associer également le médecin traitant qui sert finalement de relais.

40 à 80% des adolescents ne respectent pas cette suite post-crise. Une des explications avancées consiste dans le fait que l'équipe qui suit le patient n'est pas l'équipe qui a initialement pris en charge le suicidant au moment de sa crise. Il y a un lien important qui se crée à cette étape décisive. Certaines structures ont donc mis en place des séances qui font la liaison entre les deux équipes et l'adolescent afin de limiter cet impact.

Il y a trois degrés de liaisons qui peuvent être initiées par l'équipe soignante afin de protéger le pré-adolescent du risque de récurrence :

- Liaisons familiales : la famille participe au projet de sortie de crise et joue son rôle de soutien. Elle peut être intégrée à une thérapie familiale si besoin et

également être sensibilisée au risque majeur de récurrence par des méthodes d'éducation thérapeutique.

- Liaisons scolaires : seul le médecin scolaire, et dans un cadre confidentiel très strict, peut recevoir les informations concernant l'enfant notamment si des problèmes avec l'environnement scolaire ont été détectés pendant l'évaluation du risque.
- Liaisons socio-éducatives (pour les adolescents en situations sociales, comportementales difficiles) : un lien peut se créer avec les éducateurs afin de répondre rapidement en cas de récurrence chez le sujet. Il peut également y avoir une formation afin de mieux appréhender la gestion de ce risque suicidaire.

4) Des traitements médicamenteux rares

Il n'existe pas de médicament qui a une action spécifique sur le risque de récurrence suicidaire. L'acte suicidaire n'est pas une indication à utiliser un traitement antidépresseur, anxiolytique ou sédatif. Notons que l'initiation d'un traitement antidépresseur peut lever toute inhibition suicidaire et favoriser le risque de récurrence. Si la mise en place s'avère nécessaire, elle se fera sous suivi psychiatrique rapproché.

La FDA a mené en 2004 une étude sur des enfants ou adolescents traités, sur une courte durée de 4 à 16 semaines, avec 9 antidépresseurs (ISRS et autres) : elle a montré un risque de suicidalité (idéation suicidaire ou tentative de suicide) augmenté. Cette baisse non négligeable de l'inhibition suicidaire est un effet indésirable aujourd'hui bien connu à l'initiation d'un traitement antidépresseur. [28]

A contrario, d'autres études montrent des améliorations significatives avec des traitements ou actions basés sur : [16]

- La thérapie familiale à domicile, pour des sujets non déprimés et ayant tenté de se suicider (Harrington, 1998).

- La thérapie de groupe basée sur l'acquisition de compétences émotionnelles (Wood, 2001).
- Des séances de psychoéducation en salle d'urgence qui conforte des thérapies familiales cognitivo- comportementales qui, à leur tour, donnent de meilleurs résultats de santé mentale surtout pour les mères et les filles (Rotheram-Borus, 2000).
- Des programmes de prévention scolaires qui développent la compétence en résolutions de problèmes et améliorent le lien enfants-école (Eggert, 1995).

L'HAS, dans son rapport des bonnes pratiques de 2014 [27] sur la prise en charge des tentatives de suicide chez l'adolescent, évoque la place des psychotropes dans la prise en charge des suicidants. Ils ne se substituent pas aux psychothérapies et ne doivent pas être prescrits isolément sans aucun suivi (médicamenteux et psychologique). L'indication à l'usage de telles molécules reste très réduite.

Elle propose donc les recommandations suivantes :

- Les antidépresseurs ne doivent pas être prescrits dès la consultation au cours de laquelle est identifié une problématique dépressive. Cependant, dans les cas d'épisode dépressif caractérisé (EDC) d'intensité modérée à sévère, le traitement antidépresseur peut être justifié en cas d'échec de la psychothérapie après 4 à 8 semaines ou de signes de gravité afin de permettre et faciliter le travail de psychothérapie pour réduire le risque de récurrence. Seule la Fluoxétine est recommandée dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent. Un accompagnement rapproché doit être initié dès le début du traitement (du fait de la levée d'inhibition suicidaire). Un suivi de la croissance et maturation sexuelle, avec des bilans endocriniens, au-delà de trois mois de traitement doit être réalisé. La durée de cette médication doit être préférentiellement de 6 mois à 1 an.

- Les anxiolytiques et hypnotiques ne sont pas recommandés en première intention. S'ils s'avèrent nécessaires, ils doivent être de courte durée et s'accompagner de mesures hygiéno-diététiques ainsi que d'une psychothérapie.
- Cas de l'urgence médicale : il n'est pas recommandé de prescrire un antidépresseur dans une telle situation qui nécessite finalement une prise en charge immédiate avec l'élimination du risque vital.

PARTIE IV : Prévention du risque suicidaire

1) Principes généraux

L'HAS définit la prévention comme l'ensemble des mesures prises afin « *d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* ». Elle s'organise en trois niveaux différents dépendant les uns des autres : [28] [29]

- Prévention primaire (dite universelle) : ce sont l'ensemble des actions menées en amont de la maladie afin de réduire l'incidence de celle-ci sur la population (vaccination, identification des facteurs de risque, politique de réduction de la consommation d'alcool et tabac, etc...). Elle vise toute la population.
- Prévention secondaire (dite sélective) : actions réalisées à une stade précoce de la maladie afin de réduire la prévalence de celle-ci (dépistage, prise en charge, communication autour du sujet, etc...). Elle cible donc un groupe d'individus plus réduit possédant le même critère d'inclusion.
- Prévention tertiaire (dite indiquée) : actions menées sur les complications et sur le risque de récurrence afin de réduire les rechutes, invalidités, etc... Elle cible un seul individu et se met en place après le diagnostic d'une maladie, d'un passage à l'acte ou autre.

Les figures 22 et 23 explicitent ces préventions dans la population générale et décrivent l'association des principaux facteurs à risques aux interventions et la prévention.



Figure 22 : inscription de la prévention dans la population générale

2) Prévention primaire

Ce type de prévention désigne, dans le contexte de la crise suicidaire, toute action menée en amont de l'acte de suicide. [29]

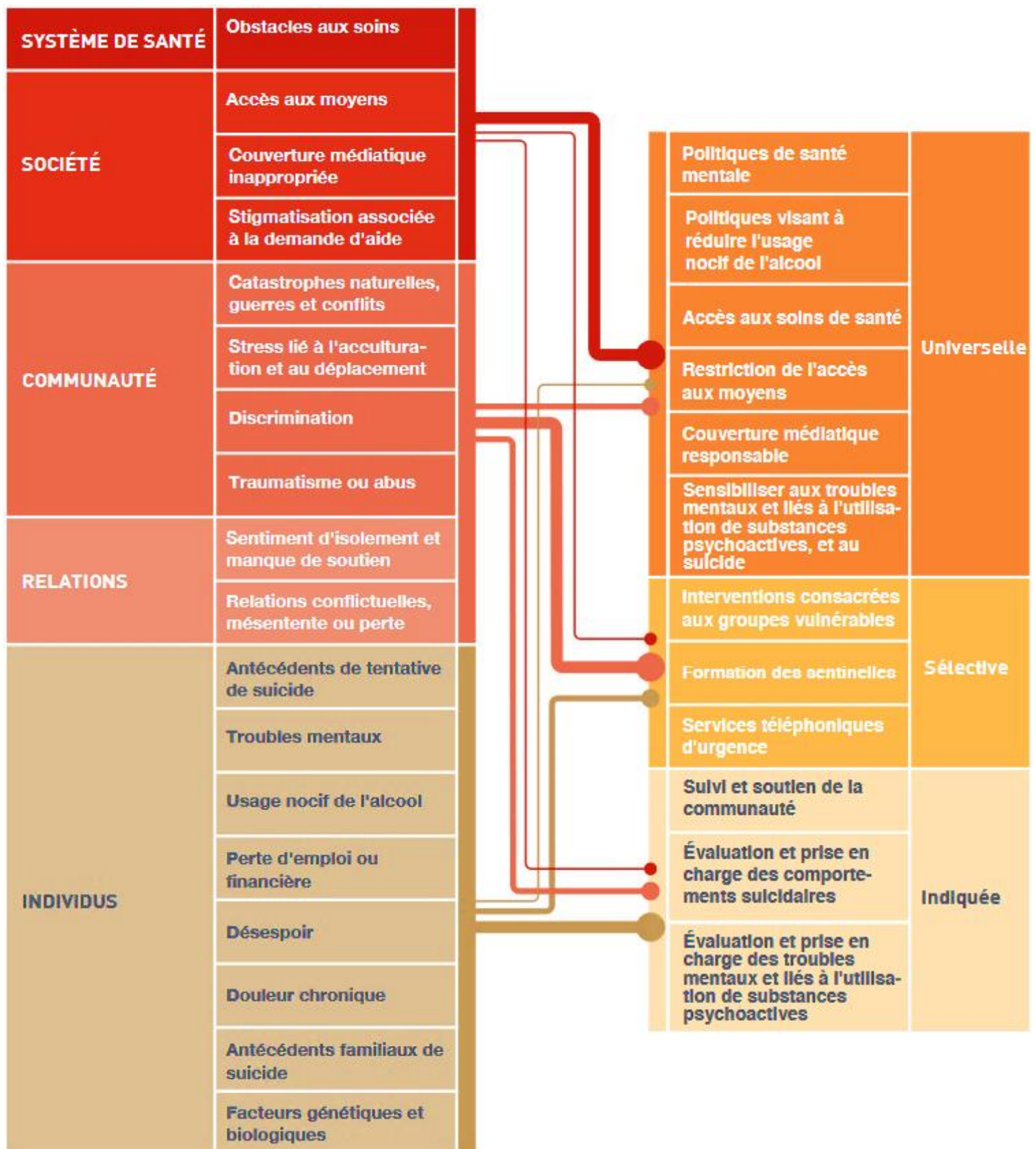


Figure 23 : les principaux facteurs de risques associés aux interventions de prévention (OMS, 2015)

La prévention primaire repose sur la communication sociale et a pour but le développement individuel, la valorisation de certains styles de vie et la promotion de la santé avec de réelles conséquences médicales et économiques afin de modifier/limiter certains comportements. Elle se concentre sur l'évaluation des facteurs de risques et donc le dépistage précoce de la tentative de suicide mais également la sensibilisation de la population.

On peut donc distinguer : la prévention primaire spécifique (vise à éviter le risque suicidaire chez les jeunes vulnérables) et la prévention primaire non spécifique (réelle promotion de la santé mentale, vise à aider les jeunes à renforcer leurs facteurs de protection).

Les messages de prévention doivent nécessairement être adaptés à un public directement ciblé (âge, culture, environnement social, etc...) mais également doivent être valorisants, motivants et responsabilisants. Pour que ces messages puissent remplir chacun de leurs objectifs, il est nécessaire de les baser sur des connaissances et réflexions approfondies et scientifiquement acceptées.

a) Renforcer les recherches menées sur les facteurs de risque

Il est essentiel de développer les connaissances dans le domaine du suicide chez le jeune adolescent en combinant des techniques d'analyses statistiques, épidémiologiques, étiologiques, psychiatriques, psychologiques, sociologiques. Il faut valoriser et promouvoir l'étude quantitative en favorisant l'identification des corrélations entre les différents facteurs de risque et la tentative de suicide qui aboutit ou non. In fine, le principal intérêt de ces études est de permettre l'étude du phénomène suicidaire et à l'issue de cela, former les professionnels (de santé, éducatifs, etc...) à la gestion de ce risque.

Le Haut Conseil de la Santé Publique propose l'intégration de la surveillance de la santé mentale et plus particulièrement les tentatives de suicide avec un recueil des données par chaque ARS (Agence Régionale de Santé) pour établir de manière annuelle un recueil de données épidémiologiques sur l'ensemble de territoire national.

Selon l'ONS (Observatoire National du Suicide), « *l'identification des facteurs de risque et de protection du suicide et la hiérarchisation de ces facteurs sont des composantes clé pour comprendre le comportement suicidaire et pour concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention pertinentes* ».

b) Prévention dans le milieu familial

La recherche des facteurs de risque familiaux [31] et leur annihilation est une des clés de la réussite de la prise en charge du jeune adolescent potentiellement suicidant (ce qui peut nécessiter parfois son placement pour s'extraire du cercle familial). En effet, comme cela a été précisé en amont, les facteurs de risque familiaux (conduite suicidaire d'un parent, décès prématuré, carence affective voire éducative, divorce, etc...) prédisent bien le risque suicidaire chez les enfants. Il est important que le jeune suicidant, dans un contexte de prise en charge de son geste, puisse avoir accès et participer à des séances d'accompagnement dans lesquelles la famille participe.

D'autre part, il est possible de « former » les membres d'une famille à détecter et communiquer sur le suicide au sein du cercle familial par l'intermédiaire de réunions d'information, conférences publiques, plaquettes éducatives, sites internet, etc... La famille n'est plus associée à un facteur de risque mais à une aide à l'identification d'un comportement qui bascule.

Le Centre Hospitalier pour Enfants de l'Est de l'Ontario a développé une fiche technique à destination des parents (Annexe 10). Les informations suivantes sont abordées :

- *Définition et caractérisation du suicide.*
- *Identification des signes d'avertissement.*
- *Comment communiquer sur le suicide avec son enfant identifié à risque ?*
- *Sécurisation du domicile pour éliminer le risque léthal.*
- *Outils et contacts pour la prise en charge des enfants.*

Enfin, il faut développer le soutien à la famille afin de revaloriser sa place et son rôle dans l'éducation des enfants difficiles est primordial par la création de lieux de rencontre, de groupes de parole, de formations, de lieux d'accueils et de médiations parents/enfants. Des moyens ont été débloqués par l'Etat et la Caisse nationale d'allocations familiales afin de créer des repères, développer des compétences, de l'autorité, de la confiance en soi, du développement de l'enfant.

c) Interventions en milieu scolaire

L'ONS en 2014 rapporte que des sessions de formation sur le stress, la dépression (différents formats utilisés : vidéos, guides, etc...) ont un impact positif sur la prévention du risque suicidaire. Elles peuvent être menées en association avec les parents ou les enseignants.

Des interventions ont été menées dans le cadre scolaire par la désignation de certains enfants comme des « référents » dits « pairs », formés à l'identification des situations à risque afin de les rapporter à un enseignant pour détecter les personnes les plus vulnérables. L'expérience montre qu'il n'y a pas de valeur ajoutée par rapport à une simple formation d'adultes. De plus, deux risques apparaissent :

- Risque de stigmatisation et de rupture de la confiance accordée autour d'une souffrance contra la volonté de la personne concernée.
- Risque pour le jeune adolescent désigné de porter le poids d'un acte suicidaire.

*Communiquer sur le suicide auprès des jeunes, cela peut-il engendrer un risque ?
Chez les jeunes adolescents, il est facile de considérer que parler du suicide est à risque de leur apporter des idées et des solutions pour la planification et le passage à l'acte suicidaire. Gould et Al (2005) ont montré que parler de ce genre de comportement chez les enfants de plus de 13 ans n'augmentait pas ce risque. Cependant, il n'existe pas d'étude dans la population des moins de 13 ans. Horowitz et al généralisent l'idée à cette classe d'âge en se basant sur le fait qu'il n'y a aucune*

preuve qui puisse être avancée de l'augmentation des conduites suicidaires après des discussions et actions de prévention.

d) **Formation des professionnels du milieu scolaire et en contact avec les jeunes adolescents potentiellement vulnérables**

Les professionnels du milieu scolaire sont parfois les premières personnes en dehors de la famille à être régulièrement en contact avec le jeune adolescent. Elles sont donc à même d'être vigilantes face à ce risque et donc doivent être sensibilisées dans ce sens. Ces professionnels ne sont pas des thérapeutes et c'est pourquoi ils ne doivent pas être isolés face à la gestion d'un tel risque.

L'OMS a rédigé en 2002, un guide à visée des membres d'une institution scolaire. Il aborde les thèmes suivants : [32]

- *Présentation du risque suicidaire*
- *Identification des facteurs et des situations à risque (+ facteurs de protection)*
- *Repérer les jeunes à risque et détresse*
- *Les conduites à adopter devant un jeune suicidaire (décès ou non) : renforcer l'estime de soi, favoriser l'expression émotionnelle, prévenir le harcèlement et la violence, informer sur les centres d'aide, limiter l'accès aux moyens létaux. Apprendre à communiquer sur l'acte afin de réduire le risque de suicide par contagion ou imitation et orienter si besoin le jeune suicidant.*

Donner les moyens aux enseignants et personnels scolaires de pouvoir évacuer une émotion ou un stress lié à cette prise en charge ou face à un suicide effectif

L'intervention d'un professionnel en contact avec des jeunes sur une situation d'acte ou de préparation à l'acte suicidaire peut être un atout de premier ordre dans la prise en charge de ce risque. A condition, que le professionnel soit formé pour. En effet, de nombreuses plaintes sont exprimées : méconnaissance des dispositifs de prise en charge, désarroi face à une telle situation, difficultés de repérages, etc...

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) propose donc des objectifs de formation pour ces professionnels : sensibiliser, informer sur la

souffrance psychique et la crise suicidaire chez le jeune adolescent, énoncer les outils à disposition et favoriser la mise en réseau de ces intervenants, repérage des situations à risque et évaluation du degré de dangerosité. Il est également important de développer le soutien psychologique des personnes engagées dans ce genre d'action afin de limiter l'impact mental de ce genre de prise en charge (groupes de paroles, etc...).

Dans ce contexte de gestion de la crise suicidaire chez le jeune en situation d'urgence, le Haut Conseil de la Santé Publique recommande en 2014 la formation des agents de régulation du SAMU (ARMs ou assistants de régulation, etc...).

e) Promotion de la prévention du suicide par les médias

L'INPES met en place de nombreuses campagnes de communication pour le grand public (télévision, internet, radio) et cherche à renforcer le lien entre prévention et aide à distance en santé (les associations). Chaque publicité ou parution, est rattachée à un numéro d'appel et à un site internet. L'INPES cherche à mettre en avant les principes fondamentaux sur lesquels se basent les associations (notamment la confidentialité et l'anonymat). [30]

Le Haut Conseil de la Santé Publique, 2016, *dans le programme d'évaluation des actions contre le suicide*, fait les recommandations suivantes : il est nécessaire d'améliorer la diffusion des connaissances en santé mentale, de clarifier le parcours de soins et la prise en charge, de mettre en avant des programmes d'information scientifique et des aides disponibles avec identification précise des interlocuteurs.

Une des principales mesures prises en 2014 par l'institut consiste en l'amélioration de la prévention du suicide via internet avec notamment la création de forums de discussion et le développement des outils internet pour les associations de terrain.

L'OMS montre en 2008 l'impact de la médiatisation de certains actes sur une population jeune et donc l'importance d'une normalisation de l'information limitée sur

certain aspects. Ainsi, elle publie des indications pour les journalistes et les médias. Dix précautions et recommandations sont relevées : [33]

- *Sensibiliser et informer le public.*
- *Eviter les registres de langage pouvant sensationnaliser ou normaliser l'acte suicidaire.*
- *Eviter la répétition des articles concernant le suicide.*
- *Eviter les descriptions trop détaillées, notamment celle du mode opératoire, lieu de l'incident, etc...*
- *Rédiger les gros titres avec attention.*
- *Les photographies et vidéos doivent être inclus avec précaution.*
- *Etre sensibilisé au risque de contagion avec notamment le suicide d'une célébrité.*
- *Faire preuve de respect envers les personnes endeuillées.*
- *Indiquer où trouver de l'aide, qui contacter.*
- *Mettre en place une aide pour les journalistes exposés.*

f) Restriction de l'accès aux moyens létaux

D'une manière générale, les suicides sont la conséquence de l'utilisation de moyens létaux qui diffèrent énormément en fonction des pays (médicaments ou pendaison en France, gaz d'émissions des véhicules en Angleterre, armes à feu aux Etats-Unis, pesticides en Asie, etc...). La restriction de l'accès à ces moyens a permis une diminution significative de 20 à 60% du taux de suicides sans augmentation du suicide par d'autres moyens (législation sur les armes à feu aux Etats-Unis et Canada, limitation des émissions des véhicules en Angleterre, changement de conditionnement des médicaments en France, etc...). L'idée qu'une personne suicidaire déterminée trouvera nécessairement une autre méthode si celle envisagée dans l'étape de planification n'est pas disponible est finalement fausse.

Pour imager ces propos, aux Etats-Unis, sont testés des programmes d'information des familles sur la restriction de l'accès au moyens létaux. En France, pour ce qui est

des armes à feu et des produits suicidogènes, le Programme National sur le Suicide développé par la Haut Conseil de la Santé Publique (2011-2014) a réfléchi à limiter leur vente sur internet avec la surveillance de ces sites (demande de certificat d'aptitude à l'achat par exemple).

3) Prévention secondaire

Elle correspond à la prise en charge du risque suicidaire avant tout passage à l'acte. Cette étape de la prévention doit être prise en charge dès les premiers signes d'idéation par un professionnel de santé qui peut orienter le jeune patient vers une structure/réseau local de soins et d'aide.

Généralement, un suivi psychologique voire psychiatrique est mis en place. En fonction de la gravité, le patient peut être amené à consulter dans un service hospitalier.

SOS Amitié part du principe suivant : « chaque personne a en elle-même les ressources nécessaires pour dépasser son mal-être et le fait de nommer le problème va permettre de le circonscrire ».

a) Formation de « sentinelles » à l'école

Il s'agit de référents appartenant à une institution ou communauté qui est formée au repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique que ce soit par des expressions verbales comme des changements comportements suggérant une possible détresse. Ils permettent une meilleure détectabilité des sujets à risque et l'orientation directe et immédiate vers des structures de soins.

Le but d'un tel dispositif réside dans le fait que le jeune puisse surmonter sa réticence à communiquer sa détresse et à demander de l'aide à l'équipe scolaire.

La HAS recommande que, face à une telle situation à risque, la sentinelle ne cherche pas à solutionner le problème d'elle-même : elle doit pouvoir se rapprocher du médecin

scolaire ou d'un généraliste voire d'un spécialiste. La prise en charge doit être multidisciplinaire et menée en accord avec chaque partie. Le dialogue ne doit pas être trop intrusif entre la sentinelle et le jeune adolescent. Chaque signe faisant suspecter un acte suicidaire ou la préparation de celui-ci doit être signalé à la famille. Cette ressource en milieu scolaire nécessite qu'il y ait un contact très étroit entre l'équipe éducative et des professionnels de la santé mentale (pédopsychiatre, psychologue).

b) Le screening des populations vulnérables

Ce dispositif d'identification des jeunes à risque suicidaire est basé sur un auto-questionnaire, souvent rempli en classe et qui peut éventuellement se poursuivre par un entretien avec un professionnel de santé mentale. Un gros point noir de cette méthode, est l'existence de nombreux faux positifs dans les patients dits à risque. Cela dit, le screening permet une véritable première identification des jeunes à risque et a une véritable place en milieu scolaire à la condition que celui-ci soit en contact étroit avec un professionnel de santé mentale.

c) Les associations : dispositifs essentiels à l'aide à distance en santé

Les associations sont, la plupart du temps, organisées autour d'un dispositif d'échanges téléphoniques (appels, sms) et sur internet (mails, tchat). On parle de « téléphonie santé » ou « téléphonie sociale ». Les vocations de ces associations sont les suivantes : informer, écouter et orienter le public avec un objectif principal : l'accompagnement de l'appelant, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion et le guider vers un mieux-être. L'avantage de la communication par téléphone : le coût très réduit (souvent des numéros verts ou Azur), son accessibilité, la garantie d'un anonymat complet (principe fondateur) et de la confidentialité des échanges. L'intervenant peut donc aborder des sujets intimes, sujets tabous, etc... L'écoute doit être empathique et bienveillante, sans contrainte. L'anonymat peut être rompu en cas d'urgence vitale immédiate.

En 2010, l'INPES, conforté par le Haut Conseil de Santé Publique en 2014, a engagé une démarche qualité au sein de chaque association. Ainsi, il a créé une labellisation des dispositifs d'aide à distance, une homogénéisation des procédés d'évaluation des appelants, la mutualisation de certains centres d'appel et une modernisation des outils de recueil des données statistiques.

Liste des différentes associations d'aide à distance dans la prise en charge du pré-adolescent vulnérable : [34]

- **SOS Amitié** : cette association fait la promotion de l'échange téléphonique ou internet en respectant chaque principe énoncé en amont. Chaque année elle publie des rapports statistiques afin de quantifier et observer l'évolution des tentatives de suicide et de leur motif (par sexe et par âge) : voir en Annexe 11. Elle n'a pas de rôle d'intervention : ce sont de simples écoutants qui peuvent cependant déclencher une prise en charge en cas de nécessité absolue.

Contacts : <https://www.sos-amitie.com/> ou 09 72 39 40 50

- **SOS Suicide Phénix** : elle joue le rôle d'accompagnement du patient en souffrance en lui proposant une offre de soins. Elle est en lien avec des professionnels de santé comme des médecins généralistes. En plus de son standard téléphonique et de son système de tchat, elle propose des séances d'accueil afin de créer du lien social entre les participants.

Contacts : <https://sos-suicide-phenix.org/> ou 01 40 44 46 45

- **Fil santé jeunes** est avant tout un site internet très complet fait pour les jeunes adolescents. On y trouve différents articles, enquêtes, témoignages à visée des jeunes et un forum très fourni où chaque sujet est classé par thèmes (la sexualité, le corps, le mal-être, les addictions, la nutrition, informations juridiques, etc...). Ainsi, il est possible de s'inscrire librement et de manière totalement anonyme. Une assistance téléphonique est mise à disposition également si besoin.

Contacts : <http://www.filsantejeunes.com/> ou 0800 235 236

- Association **PHARE Enfants-Parents** : de la même manière que les précédentes associations, elle possède un site internet et une ligne téléphonique mais elle se distingue par son action principale : la prise en charge des parents et des proches dans une situation de décès suite à un acte suicidaire. Elle apporte également une aide pour les personnes en situation à risque et met à disposition des documents afin de déceler, aider dans la prise en charge et accompagner les personnes endeuillées.

Contacts : <https://www.phare.org/> ou 01 43 46 00 62

d) La « Carto Santé Jeunes »

C'est un véritable outil de cartographie qui permet de mettre des informations au niveau local, notamment des adresses et numéros de téléphones de professionnels formés à la prise en charge des adolescents dans les domaines de la santé, du juridique, du social, de la psychologique, de l'addictologie, de la nutrition, etc... On retrouve également les adresses des maisons pour adolescents, les Points Accueil et Ecoute Jeunes, les Centres Médico-Psychologiques. Cette application est gérée par un système de géolocalisation simplifié. Le principal but de celle-ci est donc l'amélioration de l'accès aux lieux d'écoute et d'accueil aussi bien pour les jeunes que pour leur entourage.



Figure 24 : Carto Santé Jeunes Nord Pas de Calais

e) Les maisons pour adolescents

Ces établissements sont répartis sur l'ensemble du territoire national et s'adressent aux jeunes de 11 à 25 ans. Ils ont pour vocation l'accueil, l'information, l'évaluation, la

prise en charge et l'accompagnement des adolescents, de leur famille voire des professionnels. Le pré-adolescent peut s'y rendre de manière anonyme et peut discuter de ses préoccupations ou questionnements (sexuelle, psychologique, scolaire, sociale, etc...) ou y trouver une aide pour la création d'un projet. [37]

La force de ces maisons pour adolescents réside dans le fait que le jeune est systématiquement entouré par des membres de l'association, des professionnels et groupes de parole. La famille est actrice dans cette prise en charge. Dans le contexte du suicide, leur rôle réside dans la détection des comportements à risque, l'accompagnement des jeunes vulnérables, les aide dans leur prise en charge, etc...

Exemple de la maison de l'adolescent du Havre :

Il s'agit d'un accueil physique et téléphonique gérés par une équipe pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, pédiatres, gynécologue, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistante sociale, nutritionniste). Son activité principale se divise en quatre pôles : une équipe de consultation, une équipe mobile qui se rend dans les différents services hospitaliers et parfois au domicile familial, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel afin d'améliorer l'insertion sociale du jeune souffrant par l'intermédiaire de séances de groupe ; et enfin un accueil spécifique pour parents d'adolescents en difficulté.

f) Les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ)

Ce sont des structures d'accueil gratuites et confidentielles, sans rendez-vous qui sont complémentaires de par leurs actions des maisons pour adolescents. Le jeune peut s'y rendre seul, en groupe ou avec des parents. Ces PAEJ jouent un rôle dans l'appui des familles et des jeunes en difficulté, l'orientation, etc...

g) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Les CMP sont des centres de soins pluridisciplinaires et sont directement rattachés à une structure hospitalière. Ils visent tous les publics mais se divisent en deux secteurs

différents : infanto-juvéniles et adultes. Leurs missions sont la prise en charge et le suivi des suicidants et de leur famille, leur accueil et leur écoute avec des consultations médico-psychologiques ou psychothérapeutiques ou des séances de groupes de parole et ils peuvent également proposer un centre d'accueil à temps partiel pour les personnes en souffrance. Les CMP s'inscrivent directement dans le suivi des suicidants post-hospitalisation. [38]

h) Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont des structures à but non lucratif portées généralement par des associations qui s'adressent aux jeunes de moins de 18 ans. Ils ont un caractère privé (ce qui les distingue des CMP). Ils se composent d'une équipe pluridisciplinaire moins complète que les CMP. Cependant, les familles peuvent si elles le souhaitent y consulter d'elles-mêmes ou sur les conseils d'un médecin. Leurs missions : diagnostic, traitement ambulatoire et à domicile et réadaptation de l'enfant dans son milieu familial, scolaire et social. Les CMPP ont une réelle place dans la prévention du risque suicidaire. C'est une véritable place d'écoute.

4) Prévention tertiaire

Elle intervient après un premier passage à l'acte. Le premier objectif de cette étape consiste dans la prise en charge du risque de récurrence afin de l'éliminer complètement. Avec ce type d'action, les soignants réussissent à diminuer le risque de mortalité à plus ou moins court terme. Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce type de prévention concerne aussi bien le suicidant, que les personnes de l'environnement de la personne décédée après un suicide (elles sont également à risque).

Elle démarre dès le début de la prise en charge du patient, durant la phase d'hospitalisation et nécessite une planification sérieuse du suivi ultérieur.

a) Evaluation des facteurs de risque en ville

Le médecin généraliste, comme le pharmacien d'officine, est souvent sollicité par les patients et il est le plus à même de repérer le risque imminent de suicide. Il doit donc pouvoir évaluer sans délai les points suivants :

- Degré d'idéation suicidaire.
- Niveau de planification du suicide / accès aux moyens létaux.
- Troubles psychopathologiques.
- Consommation et/ou abus de substances.
- Situation sociale et environnementale voire familiale.
- Existence d'une situation de conflit avec notion de désespoir, humiliation.

Le professionnel de santé de ville va impérativement évaluer le caractère actif des idées après avoir fait le diagnostic de l'idéation suicidaire. Il doit donc être à même de vérifier si les idées de suicide sont très présentes ou au contraire passagères et donc si elles sont bien contrôlées et gérées par le patient. Il existe un syndrome clinique pré-suicidaire prémonitoire qui comprend trois symptômes : constriction croissante de la personnalité (repli sur soi, réduction de l'activité, restriction des émotions, perte d'espoir) et des idéaux, inhibition de l'agressivité par refoulement de celle-ci (état apathique) et enfin, envahissement des idées suicidaires (voir Figure 29 ci-après). La présence de ce syndrome valide à 86% le diagnostic des dépressions suicidaires. Elle implique une prise en charge hospitalière active en urgence.

Enfin, le professionnel de santé doit rester attentif à certains comportements qui pourraient être des premiers signes d'alertes vers le geste suicidaire :

- Désir intense de dormir
- Agressivité envers l'autre ou soi-même
- Refus de s'alimenter ou de boire avec un réel syndrome de désinvestissement.
- Conduites à risque : alcoolisation, overdoses, conduites sexuelles à risque, etc...

Tous ces éléments doivent amener le professionnel de santé à s'interroger sur une prise en charge pour le patient vulnérable et envisager l'orientation vers un spécialiste, psychologue voire vers un service hospitalier spécialisé.

Une étude a mis en place un dispositif de veille par SMS à Brest, 2011, [36] chez des patients ayant fréquenté le CHRU de Brest sur un mois dans un contexte d'acte suicidaire. Ces envois de SMS étaient réguliers : 48h, 7j, 15j, 28j puis une évaluation téléphonique à l'issue de ce mois. Le message permettait l'évaluation de la souffrance, un rappel du contrat de non préjudice et une présentation du système de veille. Ce dispositif a montré une bonne acceptabilité néanmoins il paraît plus efficace de favoriser un rappel téléphonique des patients plutôt qu'une réponse SMS. Il présente malgré tout des avantages : les messages personnalisés donnent une information sur l'accès aux soins, facilitent le recontact téléphonique, ont un faible coût financier, montrent au patient que l'équipe de soins se préoccupe de sa situation et souhaite engager le dialogue si besoin.

b) Dispositif Vigilans

Ce dispositif initié au CHRU de Lille, a pour mission la prise en charge des personnes traversant une crise suicidaire et l'accompagnement des professionnels de santé qui organisent et optimisent leurs soins. Le dispositif est chargé de reprendre contact avec les personnes ayant réalisé une tentative de suicide qui a échoué (plusieurs semaines et mois après l'acte). In fine, il y a une réelle volonté de réduire le risque de récurrence et de limiter l'impact sur les proches du suicidant par le maintien d'un contact dans le temps. [36]

5) La postvention

Les programmes dits de « postvention », sont destinés aux proches endeuillés après le suicide d'un membre de leur cercle familial, amical, etc... Ils ont pour objectif de réduire significativement le phénomène de contagion et l'apparition de troubles psychopathologiques à la suite d'un deuil (notamment lutte contre la dépression).

Il ne faut pas négliger le risque de contagion ou de suicide en série faisant suite à un premier décès. Cette théorie repose sur l'observation dans une période de temps courte et sur un même lieu d'une augmentation du nombre de suicides. C'est un facteur précipitant de l'acte suicidaire. Selon les études, cela concernerait principalement les sujets fragilisés et sensibilisés au suicide. Ce facteur n'est pas suffisant pour justifier à lui seul le passage à l'acte. On estime que 5% des suicides chez les adolescents sont en lien avec le phénomène de contagion suicidaire. C'est d'ailleurs à ce moment que sont mis en place des cellules psychologiques dans les établissements scolaires et que ce moment d'annonce du décès est une occasion de faire comprendre que l'ensemble de l'équipe enseignante, les CMP, maisons de l'adolescent sont là pour soutenir chaque jeune face à ce deuil.

L'ONS suggère le renforcement de la formation des professionnels des établissements de soins afin de répondre à la prise en charge des proches de personnes décédées. D'ailleurs, cette formation rentre directement dans les axes de formation en 2012 des agents des établissements publics et participants au service public.

L'association « *vivre son deuil* » rentre parfaitement dans la gestion de la postvention. On retrouve des professionnels et des bénévoles qui organisent des ateliers, conférences et groupes de parole afin d'aborder la question de l'accompagnement des proches lors d'un deuil.

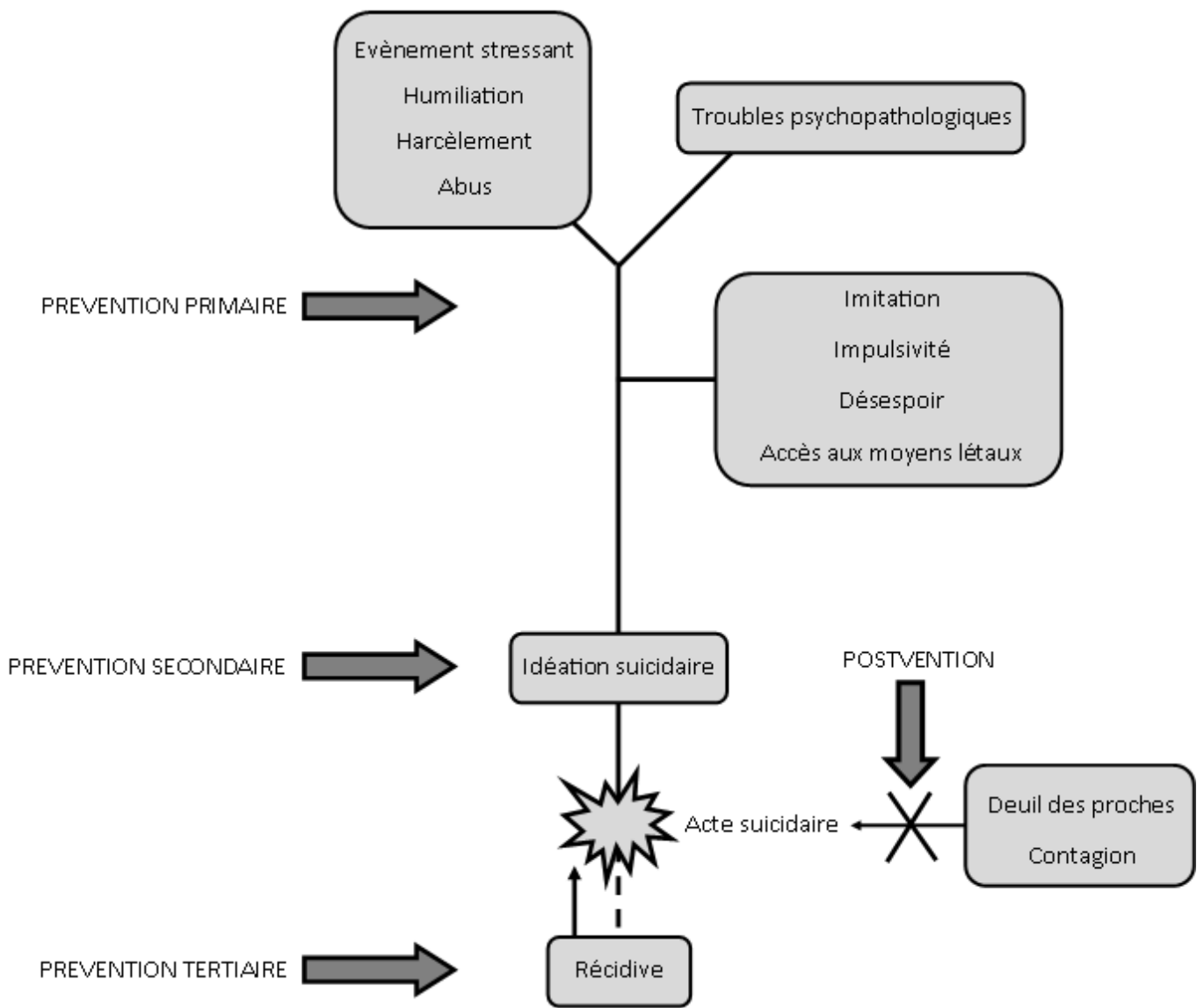


Figure 25 : Modélisation de la prévention dans le processus suicidaire d'après Mann et al. (2005).

PARTIE V : Discussion

Cette dernière partie insiste sur des axes d'amélioration à apporter en termes de prises en charge, de suivi, de détection et d'alarmes, en insistant particulièrement sur le rôle à jouer par les professionnels de santé officinaux. Elle a été basée sur un entretien réalisé auprès d'un professionnel de santé du milieu officinal qui à l'âge de 16 ans a réalisé une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire

1) Des stratégies de prise en charge hospitalière à redévelopper

La principale crainte, dans un contexte d'intoxication médicamenteuse volontaire chez ces jeunes patient, est le risque de récurrence qui peut être difficilement prouvé mais dont on estime chez les suicidés une proportion de 30 à 60% de récidivistes la première année après la tentative de suicide.

a) Une prise en charge hospitalière obligatoire

100% des patients doivent être pris en charge dans une structure de soin hospitalière, afin de subir une évaluation somatique, psychologique et sociale, dans un contexte de tentative de suicide. Cet objectif est d'ailleurs réaffirmé par l'OMS en 2016. Il ne doit pas pouvoir exister d'exception à cette règle. L'enfant est ainsi extrait de son milieu familial et cette nécessité prend tout son intérêt dans la prise en charge ultérieure de celui-ci.

⇒ Dans son 3^e rapport de 2018, l'Observatoire National sur le Suicide, pointe du doigt l'intérêt d'une prise en charge systématiquement hospitalière afin de relever, surveiller et d'établir des études épidémiologiques sur l'évolution des actes suicidaires par l'intermédiaire d'un relevé informatique. Ce codage présente l'intérêt d'être réalisé par un professionnel de santé compétent (médecin) et garantit des données cliniques fiables quant au diagnostic posé. Les données transmises aux instituts de surveillances sont toujours anonymisées.

b) Une limitation des risques en milieu hospitalier

L'étude de cas issus des appels reçus par le Centre AntiPoison de Lille montre qu'entre 2010 et 2017, 4% des intoxications médicamenteuses volontaires sont réalisées en

milieu hospitalier et très probablement en récidive à un premier acte suicidaire amenant le patient dans une telle structure. Cela peut s'expliquer par une erreur humaine : oubli ou non-surveillance d'un traitement ou produit à risque laissé dans la chambre du suicidant. Cela montre une réelle nécessité de surveillance continue du patient.

c) Développer et augmenter les moyens sur la sortie du patient et son suivi ultérieur

Un point abordé lors de l'entretien mené auprès d'une personne confrontée à une situation d'intoxication médicamenteuse volontaire, est la prise en charge post-urgence ou suivi ultérieur qui apparaissent presque inexistantes. Il est important d'insister sur ces éléments pour limiter au plus possible le risque de récidive. En effet, les suivis psychiatriques ont été très limités dans le temps avec des rendez-vous en ambulatoire d'un quart d'heure à une demie heure. Cette personne a ressenti un réel abandon de la part de l'équipe soignante.

La saturation des centres médico-psychologiques provoque des délais trop longs entre l'hospitalisation et des rendez-vous de suivi (jusqu'à plusieurs mois). Cela peut d'ailleurs représenter un facteur de risque : le sujet continue à avancer dans le processus de crise sans se sentir accompagné pour autant. Le risque de récidive est alors amplifié.

2) Renforcer l'information du public

a) Renforcer l'information du public

Celle-ci doit être renforcée et rendue très facilement accessible. Le public ne doit pas être sans solution et doit connaître les outils mis à sa disposition afin de pouvoir se faire aider et de résoudre des problèmes qui lui sont propres auprès de professionnels

formés et adaptés. Cela peut passer pas des spots télévisés, affiches, campagnes publicitaires internet ou journaux. Lors de l'entretien mené auprès d'une personne ayant un antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire, il a été constaté une méconnaissance totale des dispositifs pouvant lui venir en aide. Il a été aussi évoqué un possible refus personnel de chercher des informations. Cela montre une caractéristique importante que doit prendre l'information : elle doit être systématique, intuitive et présente en marquant les esprits sur les moyens de prise en charge.

b) Mise en place d'un numéro vert unique

L'Observatoire National sur le Suicide préconise dans son plan ONS 3, de 2018, la création d'un numéro unique et clairement identifié avec une véritable médiatisation et communication autour de ce dispositif. Il doit inclure une équipe pluridisciplinaire qualifiée et formée au risque suicidaire et à la prise en charge téléphonique (psychologues, psychiatres, médecins, etc...). Trois populations sont visées par une telle initiative : les suicidants, les proches, les professionnels de santé avec pour véritable but : l'orientation et l'amélioration de la prise en charge des suicidants.

c) Encadrer la médiatisation des suicides et limiter le phénomène de contagion

Le professionnel des médias doit pouvoir être encadré dans sa création d'articles afin de protéger et limiter l'impact de la médiatisation de certains actes (chez des stars, idoles, jeunes, etc...) chez des populations sensibles à cause du phénomène de contagion/imitation. Il est important de responsabiliser le journaliste sur le risque et les conséquences que cela impose.

d) Renforcer le rôle de la famille dans la détection des risques

Il faut davantage sensibiliser l'environnement immédiat des jeunes à risque suicidaire aux signes qu'ils peuvent manifester dans une situation d'impasse et de désespoir ou

de rupture. La question de la reconnaissance de la souffrance chez les jeunes doit être évoquée aussi bien en milieu scolaire qu'en milieu familial.

e) Renforcer les interventions en milieu scolaire

Il est essentiel d'une part de travailler sur le repérage des signes de risque (par les adultes comme par les enfants) mais d'autre part éduquer sur la prise en charge somatique avec les premiers soins d'urgence afin de limiter l'impact physique et améliorer la continuité des soins a posteriori. Il n'y a pas de lien établi entre le fait de parler du suicide à un jeune et l'augmentation du risque de passage à l'acte. Il est donc important de sensibiliser ces populations dès le plus jeune âge. Cette sensibilisation doit pouvoir porter sur l'acte en lui-même mais également sur l'ensemble des critères associés en amont (dépression, mutilation, harcèlement, etc...). Il est important d'éduquer l'enfant sur sa capacité à communiquer sur son état de mal-être. L'adulte ne doit plus être perçu comme un risque ou à risque de jugement mais comme un support et un tremplin pour se développer et grandir sainement sur l'ensemble des points physiques et psychiques.

Intervenir et sensibiliser les populations jeunes dans le cadre de l'école permet également de favoriser la détection de certains comportements. Ils peuvent ainsi rapporter leurs inquiétudes vis-à-vis d'autres jeunes à l'équipe éducatrice qui peut prendre le relai.

Un autre point essentiel de la prise en charge d'un jeune suicidant en situation de sortie hospitalière, est la transmission de l'information à l'équipe scolaire. Celle-ci doit inclure l'état émotionnel, psychologique voire physique du suicidaire afin d'une part maintenir une attention toute particulière face au risque de récurrence et d'autre part, encadrer et soutenir la personne dans une situation de détresse.

3) Développer la formation des professionnels de santé

L'enquête menée auprès de 175 pharmacies de France en avril 2018 montre un véritable manque de formation des officinaux à la prise en charge du patient qui finalement prend tout son intérêt dans l'orientation du patient ou de sa famille vers une structure adaptée. Il faut développer les éléments de détection en centrant la formation sur l'intervention durant la crise.

a) La détection des comportements à risque

Elle est nécessaire et obligatoire. L'acte chez le très jeune suicidant est par définition difficilement repérable du fait de son caractère imprévisible et spontané, sans lien de causalité apparent et avec une communication autour du geste parfois très réduite. C'est donc dans ce contexte très particulier que le professionnel de santé doit être attentif à tous les éléments à risque.

- **Les éléments de retrait** : enfant coupé des autres, situation d'exclusion dans sa propre classe d'âges, enfant très introverti et impuissant voire désespéré face au stress, profil du « harcelé ».
- **Les éléments d'agitation ou de débordement** : enfant sans aucune limite, très impulsif et au comportement agressif ou irritable, profil du « harceleur ».
- Tous les éléments reflétant un **écartement de la vie sociale** (déscolarisation, aucun but réel dans la vie, etc...) peuvent interpeler pour évaluer ensuite l'état psycho-dépressif du patient.
- Situation d'**abus ou comportements dangereux** : il est important de considérer et de s'interroger devant chaque demande spontanée d'un médicament au comptoir et particulièrement lorsqu'il s'agit de médicaments potentiellement à risque de mésusage. Surtout s'il s'agit d'un jeune adolescent. Les soins liés à des actes de mutilation et de scarification doivent retenir notre attention. Le rôle du pharmacien d'officine s'étend au rappel des règles de protection face aux maladies sexuellement transmissibles devant tout comportement identifié tels que les

rapports non protégés, la demande répétée de contraception d'urgence, les partenaires multiples, etc...

- A chaque fois que l'on peut se sentir inquiet face à un jeune patient, cela doit agir comme une alerte et il est important d'arriver à communiquer avec celui-ci.

b) La détection des signes avant-coureurs de l'acte suicidaire

Ces éléments répertoriés, ci-dessous, ne sont pas exclusifs aux tentatives de suicide et ne sont pas à eux seuls des signes annonciateurs d'une tentative de suicide. Cependant, leur accumulation doit agir comme un révélateur du risque d'acte suicidaire. En voici une liste non exhaustive :

- Les **symptômes physico-psychologiques** : troubles de l'appétit, du sommeil (avec un impact parfois visible sur le plan somatique), manque d'énergie, apathie, indécision, agressivité, émotions contradictoires, irritabilité, anxiété, signes de dépression et dévalorisation personnelle.
- Des **messages** plus ou moins évidents à repérer : allusions à la mort, menaces de tentative de suicide, mutilation, mais également : intérêt soutenu vis-à-vis des moyens potentiellement létaux, préparation d'un voyage sans destination et sans but, dons d'objets personnels voire intérêt manifesté face à la mort (dessins, bijoux, mode vestimentaire, etc...).
- Les **changements soudains sur les plans personnels et scolaires** : baisse de l'attention en classe, absentéisme, baisse des résultats, négligence de l'apparence, consommations et abus de substances (alcool, tabac, drogues, médicaments, etc...), attrait de la mort comme entité.

c) Limiter l'accès aux moyens létaux

Dans un contexte d'abus de substances voire par extension d'intoxication médicamenteuse volontaire, l'automédication et les demandes spontanées représentent une menace que l'officiel doit contrôler et constituent des éléments à

repérer dans un comportement potentiellement à risque. Il ne faut pas hésiter à communiquer avec les officines voisines sur une demande douteuse afin de les alerter et vérifier qu'il n'y ait pas d'autres dispensations d'après le signalement fait de la personne. Le but n'est évidemment pas de policer la délivrance mais de restreindre et limiter au maximum toute situation à risque.

L'étude statistique tirée des cas traités par le Centre AntiPoison de Lille montre que la plupart des médicaments utilisés dans les intoxications médicamenteuses volontaires chez les 8-15ans sont issus de traitements chroniques d'une personne différente du suicidant ou de traitements d'automédication de la famille avec un impact clinique très limité. Le médicament le plus utilisé reste le Paracétamol, facilement accessible dans les officines avec non loin derrière les benzodiazépines. Outre l'acte de délivrance qui doit être mesuré, l'information auprès des familles sur l'accessibilité des médicaments au domicile doit être détaillée en cas de doute sur un risque potentiel (en expliquant des règles élémentaires de stockage des médicaments).

d) Prendre connaissance du déroulement de la prise en charge somatique et psychologique voire psychiatrique

La prise en charge hospitalière est systématique dans le cas d'une tentative avérée. Elle s'enchaîne de manière précise de la gestion du risque vital à une triple évaluation : à la fois somatique, psychologique, sociale et jusqu'à la phase dite interventionnelle multidisciplinaire. Toute cette gestion de l'acte d'un point de vue médical ne sera pas efficace si la continuité des soins n'est pas effectuée en ambulatoire avec des thérapies ciblées, familiales, etc...

e) Prendre connaissance des outils et centres d'accueils pour les jeunes adolescents

Il existe de très nombreux lieux qui permettent d'aider les jeunes dans une situation qui les dépasse. Un premier réflexe peut être d'orienter au niveau local la personne

avec l'outil « Carto Santé Jeunes ». On peut également proposer les noms des différentes associations citées en amont et l'existence de structures telles que des CMP ou maisons de l'adolescence au niveau départemental.

f) Comment communiquer face à une telle situation ?

Le dialogue est l'élément clé de notre prise en charge en officine et de notre capacité à résoudre des problèmes. Le conseil et la faculté du pharmacien d'officine à orienter de la manière la plus efficace le patient dans le besoin constituent la principale action. Instaurer un lien et climat de confiance est primordial dans la prise en charge du patient. Une tentative de communication n'est jamais inutile.

Il faut insister sur l'ensemble des moyens à disposition pour venir en aide aux jeunes et aux parents (Carto-santé, associations, Maisons des Adolescents, etc...) et sur le fait qu'il existe énormément de moyens de résoudre certaines situations en apparence non résolubles.

Il n'y a pas de stratégie unique à proprement parler. Il faut s'adapter à chaque situation.

- Ecarter le patient et l'inviter en **zone de confidentialité**.
- **Parler franchement** et sereinement. Rester évasif ou inattentif à cette situation n'aidera pas à désamorcer une situation similaire. De petites phrases d'appel peuvent être suffisantes : « Que se passe-t-il ? », « Voulez-vous en parler ? », « Avez-vous des idées suicidaires ? ».
- **Ne pas être moralisateur**, ou donner des leçons de vie du type « la recette du bonheur », ne pas faire de promesse.
- **Rester à l'écoute** et amener la personne à se confier si elle le souhaite. Communiquer sur un tel geste est un premier pas essentiel vers sa résolution.
- **Réconforter** si besoin et faire passer le message que l'on se tient à la disposition de la personne si elle en a le besoin.

- **Resituer le rôle de l'officiel** dans la prise en charge en orientant la personne vers une structure adaptée (Médecin, urgences, CMP, associations, etc...) et la prévention des risques. Convaincre la personne d'un entretien avec un psychologue ou psychiatre.

De manière générale, la communication doit se tourner vers trois axes principaux :

- **Encourager et valoriser** la personne afin qu'elle s'ouvre à des perspectives d'avenir sans nier ni banaliser les difficultés ou avoir un regard moralisateur.
- **Rassurer** afin d'apaiser le découragement. C'est un moyen d'aider le jeune à anticiper des solutions et qu'il puisse gagner confiance en lui mais également en son interlocuteur. Attention, rassurer ce n'est pas tomber dans le piège d'une discussion hâtive, amicale et vide en garantissant un retour à la normale de tout ce qui ne va pas. Rassurer c'est finalement admettre qu'il y a des difficultés, apprendre à bien les identifier et motiver pour les surmonter et ne pas se décourager tout en se sachant accompagné dans ce processus.
- **Soutenir** sur la durée la personne en ne l'abandonnant pas à sa solitude car entamer une communication de ce genre est un engagement de confiance que l'on prend avec la personne en détresse afin de lui garantir un accès aux soins.

g) Comment prendre en charge un proche, un parent ?

Les principales personnes touchées par le suicide et de la même manière par une tentative de suicide non létale d'un enfant appartiennent avant tout au cercle familial. Les tabous sociétaux actuels rendent difficiles, pour ces personnes, la communication de l'acte suicidaire auprès de personnes extérieures du cadre familial (quand ce n'est déjà pas tabou au sein même de la famille). Leur prise en charge est parfois plus délicate, notamment sur la manière d'aborder le sujet. Pour ce qui est du fond, la communication est identique par rapport au dialogue avec un jeune à risque ; cela doit être fondé sur trois principaux axes : encourager, rassurer, soutenir.

Il faut pouvoir orienter le proche vers un professionnel de santé adapté voire une structure apte à gérer un tel cas de figure. L'association Phare Enfants-Parents a énormément travaillé sur cet aspect-là.

Dans le cadre d'un suicide dit « abouti » et donc de décès, la famille doit pouvoir être prise en charge et être informée sur les moyens disponibles et mis à sa disposition pour gérer cette phase de deuil. Si elle le souhaite, elle doit pouvoir être accueillie par le médecin légiste qui réalise l'autopsie afin de répondre à ses questions et ne pas être exposée au doute et à des questions sans obtenir de réponse. La famille doit être incluse dans la gestion d'un suicide que ce soit par une cellule psychologique et par l'équipe médico-judiciaire menant l'enquête sur les circonstances du décès.

CONCLUSION

La question de la prise en charge de l'acte suicidaire progresse de plus en plus dans la conscience collective avec une nette volonté des pouvoirs publics de faire la promotion de la santé mentale. Le geste suicidaire peut prendre différentes significations et peut être difficilement repérable par des personnes non formées. C'est en cela, que la formation de sentinelles en milieu scolaire, dans le cadre familial ou en santé de ville prend un réel intérêt.

Aujourd'hui les ingestions médicamenteuses sont très employées dans les tentatives de suicide du fait de l'accessibilité et la facilité d'obtention de certains médicaments. L'incidence clinique à moyen et long terme est très réduite mais n'est pas négligeable pour autant.

Le pharmacien d'officine et son équipe ont vocation à participer à la gestion d'une situation de suicide, du fait de leur place privilégiée de proximité et d'accessibilité : de la détection des risques à l'orientation du patient vers une structure adaptée en fonction des besoins, en passant par la prévention et la limitation de l'accès à certains agents létaux.

En conséquence, la formation des personnels d'officine est à développer.

ANNEXES

Annexe 1 : Taux de suicide chez les 5-14 ans par pays et par sexe, pour 100 000 individus de la même classe d'âge et sexe, en 2012 (Source OMS).

Pays	Garçon	Fille	Tout sexe confondu
Lituanie	0.7	0.4	0.6
Russie	2.2	1.3	1.7
Nouvelle Zélande	1.7	0.9	1.3
Irlande	1.0	0.5	0.8
Norvège	0.3	0.3	0.3
Australie	0.4	0.8	0.6
Canada	0.6	0.5	0.6
Pologne	0.8	0.3	0.5
Suisse	0.4	0.1	0.2
République Tchèque	0.3	0.0	0.2
Hongrie	0.6	0.5	0.6
USA	1.0	0.5	0.8
Japon	0.7	0.3	0.5
Chine	0.4	0.5	0.5
Allemagne	0.3	0.2	0.3
Royaume-Uni	0.1	0.1	0.1
France	0.6	0.5	0.6
Singapour	0.8	0.5	0.7
Argentine	1.2	0.9	1.1
Espagne	0.1	0.0	0.1
Mexique	1.0	0.8	0.9
Italie	0.3	0.1	0.2
Portugal	0.6	0.1	0.3
Suède	0.2	0.8	0.5
Finlande	0.5	0.1	0.3

Annexe 2 : Tableau : Poison Severity Score (CAP de Lille, d'après Persson HE, Sjoberg GK, Haines JA, Pronczuk de Garbino J. Clinical Toxicology 1998)

SYMPTOMATOLOGIE	AUCUNE	BENIGNE	MODEREE	SEVERE
	PSS 0 Pas de symptôme ou de signe	PSS 1 Symptômes mineurs, faibles, régressant spontanément	PSS 2 Symptômes ou signes prononcés ou prolongés	PSS 3 Symptômes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital
CARDIOVASCULAIRE		<ul style="list-style-type: none"> . Extrasystoles isolées . Hypotension artérielle : discrète, transitoire . Hypertension artérielle : discrète, transitoire 	<ul style="list-style-type: none"> . Bradycardie sinusale (A : 40-50 ; E : 60-80 ; nouveau né : 80-90 c/min) . Tachycardie sinusale (A: 140-180 ; E : 160-190 ; nouveau né : 160-200 c/min) . Extrasystoles fréquentes . Fibrillation auriculaire/flutter . BAV 1^{er} et 2nd degré . Allongement QRS et QTc . Troubles de la repolarisation . Ischémie myocardique . Hypotension artérielle, hypertension artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> . Bradycardie sinusale sévère (A < 40 ; E < 60 ; nouveau né < 80 c/min) . Tachycardie sinusale sévère (A > 180 ; E > 190 ; nouveau né > 200 c/min) . Dysrythmie ventriculaire menaçant le pronostic vital . BAV III . Asystolie . Infarctus du myocarde . Choc . Crise hypertensive maligne
RESPIRATOIRE		<ul style="list-style-type: none"> . Irritation, toux, essoufflement, dyspnée faible . Bronchospasme mineur <p>Radiographie pulmonaire : anormale avec ou sans symptômes mineurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Toux prolongée, stridor . Bronchospasme, dyspnée, hypoxie nécessitant l'administration d'oxygène <p>Radiographie pulmonaire : anormale avec symptômes modérés</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Insuffisance respiratoire : bronchospasme sévère, obstruction des voies aériennes, SDRA, œdème pulmonaire, œdème de glotte, bronchopneumopathie, pneumopathie, pneumothorax. <p>Radiographie pulmonaire : anormale avec symptômes sévères</p>
DIGESTIF		<ul style="list-style-type: none"> . Vomissements, diarrhée, douleurs . Irritation digestive . Brûlure du 1^{er} degré, ulcération minime buccale <p>Endoscopie : érythème, œdème, stade I</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Vomissements prononcés ou prolongés, diarrhée profuse, douleur, iléus intestinal . Brûlures du 1^{er} degré d'une zone critique ou 2^{ème} et 3^{ème} degré de zone limitée . Dysphagie . Endoscopie : lésions ulcérées transmursales, stade IIa 	<ul style="list-style-type: none"> . Hémorragie digestive massive . Perforation digestive . Brûlures du 2nd et 3^{ème} degré étendues <p>. Dysphagie sévère</p> <p>Endoscopie : lésions ulcérées transmursales, lésions circonférentielles, perforations, stades IIb, III et IV</p>

A : adulte ; E : enfant

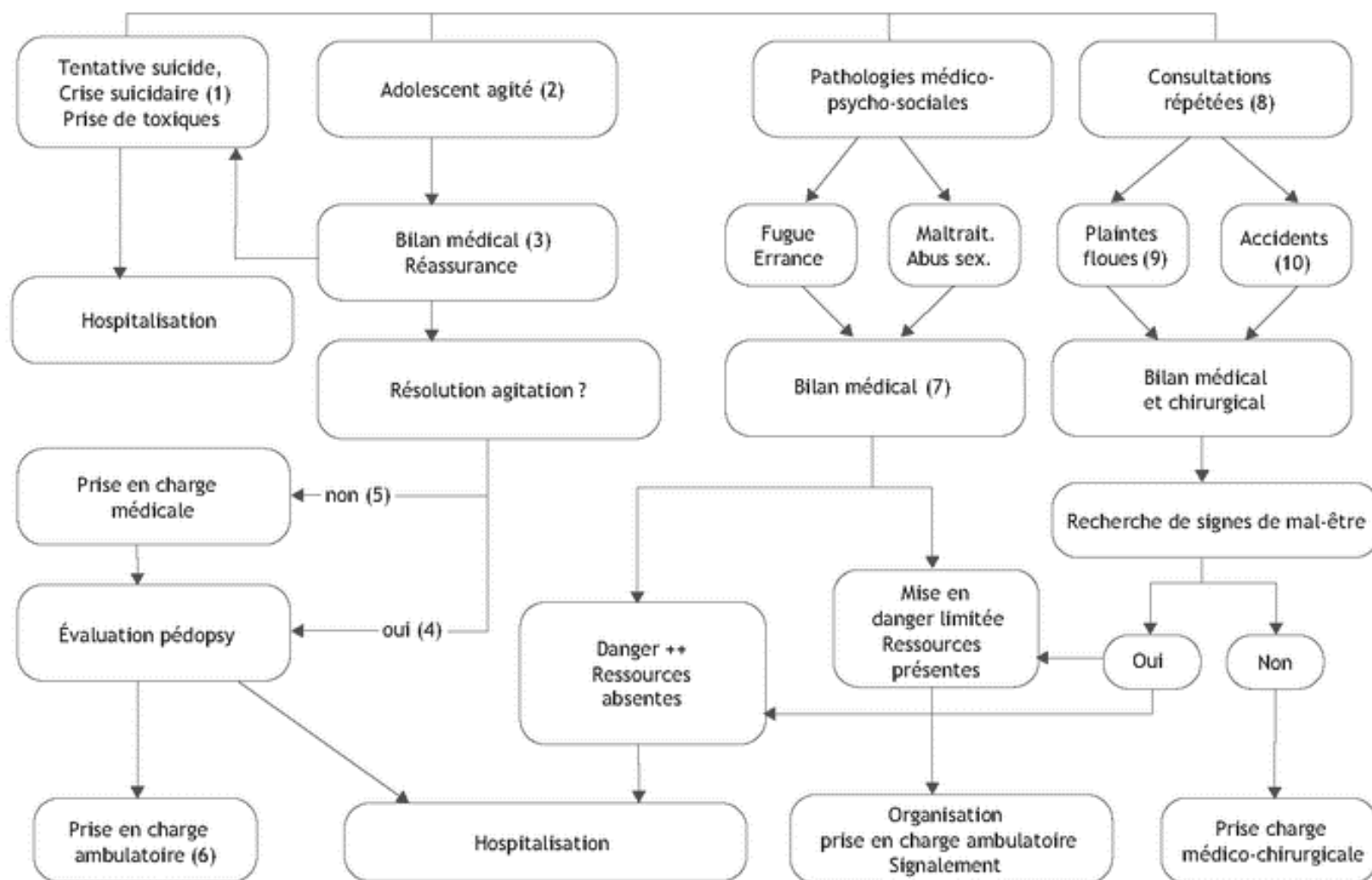
SYMPTOMATOLOGIE	AUCUNE	BENIGNE	MODEREE	SEVERE
	PSS 0	PSS 1	PSS 2	PSS 3
	Pas de symptôme ou de signe	Symptômes mineurs, faibles, régressant spontanément	Symptômes ou signes prononcés ou prolongés	Symptômes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital
SYSTEME NERVEUX		<ul style="list-style-type: none"> . Somnolence, vertiges, ataxie, acouphènes . Glasgow 12 - 14 . Faible agitation . Symptômes extrapyramidaux mineurs . Symptômes cholinergiques / anticholinergiques mineurs . Paresthésies . Troubles visuels et auditifs mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> . Inconscience avec réponse appropriée à la douleur . Glasgow 8 - 11 . Apnée brève, bradypnée . Confusion, agitation, hallucination, délire . Convulsions localisées ou généralisées peu fréquentes, brèves . Symptômes extrapyramidaux prononcés . Symptômes cholinergiques / anticholinergiques prononcés . Paralyse localisée sans atteinte des fonctions vitales . Troubles visuels et auditifs 	<ul style="list-style-type: none"> . Coma profond avec réponse inappropriée à la douleur, ou absence de réponse à la douleur . Glasgow 3 - 7 . Dépression ou insuffisance respiratoire . Agitation extrême . Convulsions généralisées répétées . Etat de mal convulsif, opisthotonos . Paralyse généralisée ou paralyse affectant les fonctions vitales . Cécité, surdité
OCULAIRE		<ul style="list-style-type: none"> . Irritation, rougeur (hyperhémie conjonctivale), larmoiement . Atteinte conjonctivale . Œdème palpébral mineur 	<ul style="list-style-type: none"> . Irritation intense . Atteinte cornéenne limitée circonscrite (kératite ponctuée) 	<ul style="list-style-type: none"> . Ulcération cornéenne importante . Perforation cornéenne . Séquelle permanente
CUTANE		<ul style="list-style-type: none"> . Irritation, brûlure du 1^{er} degré . Brûlure du 2^{ème} degré si < 10% SC 	<ul style="list-style-type: none"> . Brûlure du 2^{ème} degré sur 10 à 50% SC chez adulte, 10 à 30% SC chez enfant . Brûlure du 3^{ème} degré < 2% SC 	<ul style="list-style-type: none"> . Brûlure du 2^{ème} degré > 50% SC adulte, > 30% SC chez enfant . Brûlure du 3^{ème} degré > 2% SC
MORSURE PIQUES		<ul style="list-style-type: none"> . Œdème, prurit localisé . Douleur discrète 	<ul style="list-style-type: none"> . Œdème régional touchant la totalité du membre . Nécrose localisée . Douleur modérée 	<ul style="list-style-type: none"> . Œdème extensif touchant le membre et les parties adjacentes . Localisation critique d'un œdème avec menace de l'intégrité des voies aériennes supérieures . Nécrose étendue . Douleur extrême

SC : surface corporelle

SYMPTOMATOLOGIE	AUCUNE	BENIGNE	MODEREE	SEVERE
	PSS 0 Pas de symptôme ou de signe	PSS 1 Symptômes mineurs, faibles, régressant spontanément	PSS 2 Symptômes ou signes prononcés ou prolongés	PPS 3 Symptômes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital

MUSCLES		<ul style="list-style-type: none"> . Douleur mineure à modérée . Sensibilité à la palpation . Rhabdomyolyse - CPK : 250 - 1500 UI/L 	<ul style="list-style-type: none"> . Douleur, rigidité, crampes . Fasciculations . Rhabdomyolyse - CPK : 1500 - 10 000 UI/L 	<ul style="list-style-type: none"> . Douleur intense ; rigidité extrême, crampes étendues . Fasciculations étendues, diffuses . Rhabdomyolyse avec complications - CPK > 10 000 UI/L - Syndrome des loges
REINS		<ul style="list-style-type: none"> . Protéinurie et/ou hématurie minimales 	<ul style="list-style-type: none"> . Protéinurie et/ou hématurie massives . Oligurie, polyurie . Créatinine sérique : 200 - 500 µmol/L 	<ul style="list-style-type: none"> . Insuffisance rénale, anurie . Créatinine sérique > 500 µmol/L
HEMATO		<ul style="list-style-type: none"> . Hémolyse mineure . Méthémoglobinémie comprise entre 10% et 30% 	<ul style="list-style-type: none"> . Hémolyse . Méthémoglobinémie comprise entre 30% et 50% . Troubles de la coagulation sans hémorragie . Anémie, leucopénie, thrombocytopénie 	<ul style="list-style-type: none"> . Hémolyse massive . Méthémoglobinémie > 50% . Troubles de la coagulation avec hémorragie . Anémie, leucopénie, thrombocytopénie sévères
FOIE		<ul style="list-style-type: none"> . ASAT, ALAT : 2 - 5 x la normale 	<ul style="list-style-type: none"> . ASAT, ALAT : 5 - 50 x la normale . Sans signe clinique évident de dysfonction hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> . ASAT, ALAT > 50 x la normale . Atteinte facteurs de la coagulation . Signe clinique d'insuffisance hépatique
METABOLISME		<ul style="list-style-type: none"> . Acide-base - HCO₃ : 15-20 ou 30-40 mmol/L - pH : 7,25 - 7,32 ou 7,50 - 7,59 . Electrolytes - K : 3,0 - 3,4 ou 5,2 - 5,9 mmol/L - Hypoglycémie modérée : 0,5 - 0,7 g/L ou 2,8 - 3,9 mmol/L - Hyperthermie de courte durée 	<ul style="list-style-type: none"> . Acide-base - HCO₃ : 10 - 14 ou > 40 mmol/L - pH : 7,15 - 7,24 ou 7,60 - 7,69 . Electrolytes - K : 2,5 - 2,9 ou 6,0 - 6,9 mmol/L - Hypoglycémie grave : 0,3 - 0,5 g/L ou 1,7 - 2,8 mmol/L - Hyperthermie prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> . Acide-base - HCO₃ < 10 mmol/L - pH < 7,15 ou > 7,7 . Electrolytes - K < 2,5 ou > 7,0 mmol/L - Hypoglycémie sévère < 0,3 g/L ou < 1,7 mmol/L - Hyperthermie maligne - Hypothermie dangereuse

Annexe 3 : Prise en charge de l'adolescent en service d'urgence (Dr G. Escoffier, Hôpital Timone-enfants, 2017)



Annexe 4 : Echelle de dépression de Beck (ou BDI)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Annexe 5 : Echelle de désespoir de Beck (ou BHS)

Item	Question	True	False
1	I look forward to the future with hope and enthusiasm		
2	I might as well give up because I can't make things better for myself		
3	When things are going badly, I am helped by knowing they can't stay that way forever		
4	I can't imagine what my life would be in 10 years.		
5	I have enough time to accomplish the things I most want to do		
6	In the future, I expect to succeed in what concerns me most		
7	My future seems dark to me		
8	I expect to get more of the good things in life than the average person.		
9	I just don't get the breaks, and there's no reason to believe I will in the future		
10	My past experiences have prepared me well for my future		
11	All I can see ahead of me is unpleasantness rather than pleasantness		
12	I don't expect to get what I really want		
13	When I look ahead to the future, I expect I will be happier than I am now		
14	Things just won't work out the way I want them to		
15	I have great faith in the future		
16	I never get what I want so it's foolish to want anything.		
17	It is very unlikely that I will get any real satisfaction in the future		
18	The future seems vague and uncertain to me.		
19	I can look forward to more good times than bad times		
20	There's no use in really trying to get something I want because I probably won't get it		

Annexe 6 : Echelle d'intentionnalité de Beck

Circonstances objectives de la TS	Propos rapportés par le patient
<p>1. Isolement : une personne était-elle, ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?</p> <p>2. Gestion du temps : la tentative de suicide a-t-elle été planifiée de telle sorte que le patient ne puisse pas être découvert ?</p> <p>3. Précautions prises pour ne pas être découvert : par exemple, tentative de suicide dans une pièce fermée à clé.</p> <p>4. Dissimulation de la tentative de suicide aux personnes présentes : le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu'il a été sollicité ?</p> <p>5. Actes réalisés en prévision de la mort : par exemple changements de projets, cadeaux inhabituels.</p> <p>6. Préparation de la tentative de suicide : un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?</p> <p>7. Intention écrite de tentative de suicide : le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable ?</p> <p>8. Communication verbale de l'intention suicidaire : le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?</p> <p>9. But de la tentative : y avait-il une intention de disparaître ?</p>	<p>10. Attentes par rapport à la létalité du geste : le patient pensait-il qu'il allait mourir ?</p> <p>11. Appréciation de la létalité de la méthode employée : le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que celui qu'il croyait être ?</p> <p>12. Gravité perçue du geste suicidaire : le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?</p> <p>13. Attitude ambivalente par rapport à la vie : le patient souhaitait-il réellement mourir ? Ou seulement fuir, ne plus penser ?</p> <p>14. Perception de l'irréversibilité de l'acte : le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?</p> <p>15. Degré de préméditation : le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexions à son sujet ?</p> <p>16. Réaction à l'issue de la prise en charge : le patient regrette-t-il d'être en vie ?</p> <p>17. Représentation de la mort : est-elle représentée de façon positive ?</p> <p>18. Nombre de tentatives de suicides antérieures : y a-t-il eu dans le passé plusieurs tentatives ? Ont-elles été rapprochées ?</p>

Annexe 7 : Echelle d'évaluation du Risque Suicidaire de Ducher

	0	Pas d'idée de mort	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
	1		Pense plus souvent à la mort qu'habituellement
	2	Idée de mort	Pense souvent à la mort
	3		A quelques idées de suicide
Vigilance	4	Idée de suicide	A assez souvent des idées de suicide
	5		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrais plus exister
	6	Désir passif de mourir	Désir mourir ou plutôt être mort
	7		Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher)
Hospitalisation	8	Volonté active de mourir	Veut mettre fin à ses jours
	9		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
	10	Début du passage à l'acte	A déjà préparé son suicide ou commencé de passer à l'acte

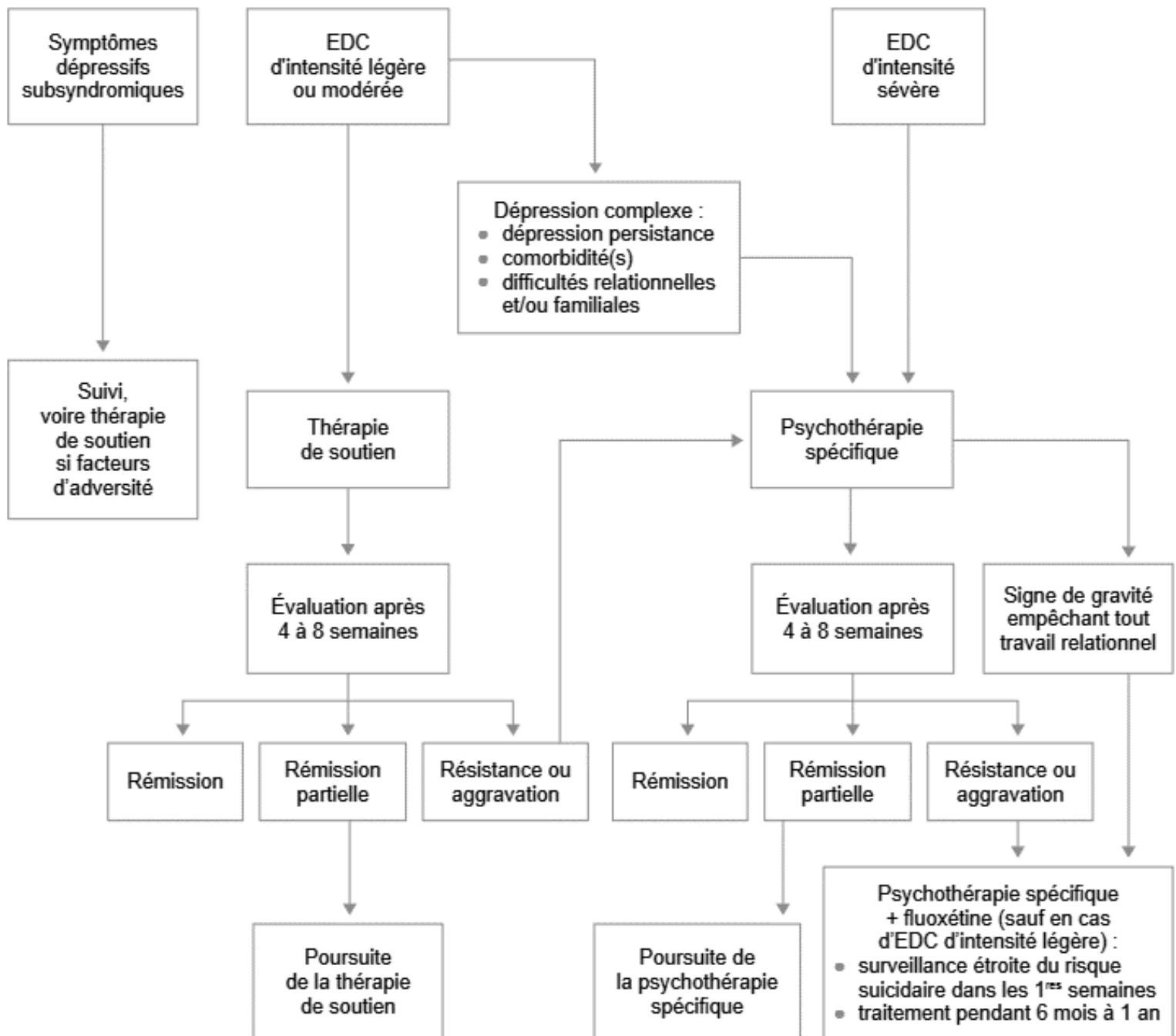
Coter l'item le plus fort

Annexe 8 : Évaluation chronologique des événements suicidaires (Shea, 2008)

Événement suicidaires actuels	Réponses et commentaires
<i>Méthode utilisée</i>	
<p><i>Sévérité du geste</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - si médicaments, nature du produit et nombre de comprimés. - si coupure, gravité et nombre de points. - quelle que soit la méthode utilisée, et sans a priori médical, le geste était-il considéré comme potentiellement léthal par le patient ? 	
<p><i>Intentionnalité suicidaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le patient avait-il l'intention de mourir ? - a-t-il averti quelqu'un de sa tentative ? - en a-t-il parlé avant de faire l'acte ? - était-il isolé ou pouvait-on facilement le retrouver ? - avait-il rédigé auparavant un testament ou une lettre d'adieu, ou dit au revoir aux êtres chers ? 	
<p><i>Sentiments et émotions du patient en lien avec le fait d'être en vie</i> « Que pensez-vous du fait d'être toujours vivant ? »</p>	
<p><i>Planification du geste</i> Le geste était-il préparé plus ou moins minutieusement ou a-t-il été réalisé de façon impulsive ?</p>	
<p><i>Association avec alcool ou drogues</i></p>	
<p><i>Facteurs interpersonnels :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiment d'échec - sentiment d'avoir été trahi, abandonné - sentiment d'avoir été humilié - colère vis-à-vis d'autrui 	
<p><i>Facteur de stress spécifique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - séparation affective (rupture, divorce, etc.) - décès d'un être cher - perte d'emploi, etc. 	
<p><i>Profondeur du désespoir au moment de la tentative de suicide</i></p>	
<p><i>Gestion de la tentative de suicide</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pourquoi a-t-elle échouée ? - comment le patient a-t-il été retrouvé ? - comment les secours ont-ils été appelés ? 	

Événements suicidaires récents (2 mois)	Réponses et commentaires
<i>Idées suicidaires</i>	
<i>Scénario suicidaire</i>	
<i>Tentatives de suicide</i>	
<i>Facteurs de protection</i>	
Événements suicidaires passés	Réponses et commentaires
<i>Nombre de tentatives de suicide</i>	
État suicidaire immédiat	Réponses et commentaires
<i>Absence d'idées suicidaires</i>	
<i>Persistance d'idées suicidaires</i> - <i>idéation suicidaire fluctuante</i> - <i>idéation suicidaire maintenue à distance</i> - <i>idéation suicidaire continue</i>	
<i>Présence d'un scénario suicidaire</i> - <i>présent et différé</i> - <i>présent et programmé prochainement</i> - <i>présent et immédiat</i>	
<i>Rencontre avec l'entourage</i> Mentionner la personne de confiance	
<i>Contrat de soins à détailler</i>	
<i>Contrat de non-suicide</i>	

Annexe 9 : Recommandation de l'HAS (2014) : Stratégie de prise en charge thérapeutique de l'adolescent



Annexe 10 : Enquête avril 2018 – officinaux.

Question n°1 :

Avez-vous été confronté(e) à une situation d'IMV à l'officine ? (Tout âge confondu)

- Oui
- Non

Question n°2 :

Selon-vous, quel médicament est-il le plus retrouvé dans un contexte d'IMV chez le pré-adolescent ?

- Paracétamol
- Ibuprofène (et autres AINS)
- Benzodiazépines (effectives ou apparentés)
- Médicaments à visée cardiovasculaire
- Antidépresseurs
- Autre :

Question n°3 :

Selon-vous, les médicaments utilisés dans une IMV chez les moins de 15 ans sont issus principalement de quelle source ?

- Traitement personnel du suicidant
- Traitement chronique d'un ou des parents
- Traitement d'un ami
- Trousse ou armoire à pharmacie de la famille (traitements d'automédication)

Question n°4 :

Si vous rencontrez une situation dans laquelle vous jugez qu'un jeune patient est à risque, vous sentez-vous suffisamment formé(e) sur la prise en charge globale afin de l'orienter ?

- Oui
- Non

Si "non" à la question précédente, quels sont les points bloquants ? (Plusieurs réponses possibles)

- Difficulté du repérage des signes
- Méconnaissance de la prise en charge
- Méconnaissance des dispositifs d'aide du jeune adolescent
- Désarroi face à ce genre de situation

Ce qu'il FAUT SAVOIR

L'aide à apporter aux enfants et aux adolescents suicidaires

Information à l'intention des parents et des aidants

Qu'est-ce que le suicide?
Le suicide est l'acte de mettre fin à sa vie. Les enfants et les adolescents peuvent avoir des idées suicidaires pour de nombreuses raisons, en particulier lorsque leur stress est si fort qu'ils se sentent dépassés et qu'ils ne peuvent plus s'en sortir.

Les facteurs classiques de stress comprennent :

- Être coupé des personnes ou être en conflit avec elles (parents, frères, sœurs, amis, collègues, employeurs);
- École : problèmes avec les devoirs, les pairs, l'intimidation, la pression exercée par les pairs, les enseignants;
- Stress familiaux : séparation ou divorce des parents, troubles mentaux, difficulté à s'entendre avec les parents, les frères et sœurs;
- Troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation ou la toxicomanie;
- Se sentir obligé de garder des secrets pour soi. Les jeunes qui sont gays, lesbiennes, bisexuels ou transgenres peuvent se sentir contraints de cacher leur orientation sexuelle ou leur identité sexuelle, provoquant un stress immense chez eux. Ils agissent habituellement ainsi par crainte d'être rejetés dans le cas où ils seraient démasqués. Parmi les autres secrets, notons l'abus sexuel, que les enfants et les jeunes cachent souvent à leurs parents.

Les enfants et les adolescents peuvent être suicidaires lorsqu'ils se sentent :

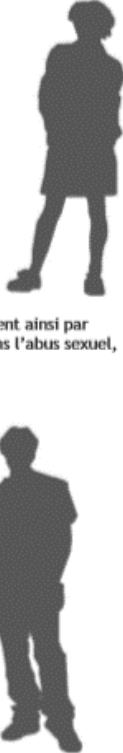
- Coupés des autres;
- Impuissants face à leur stress;
- Désespérés face à leur stress ou face à une situation qui selon eux ne pourra pas s'améliorer.

Peu importe quel stress les adolescents ressentent, vous pouvez aider ceux qui sont suicidaires en les aidant à :

- Rétablir de bonnes relations avec les autres;
- Retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie (pour surmonter leur impuissance);
- Comprendre que les choses vont s'améliorer (espoir!).

Lorsqu'une personne a surmonté ses envies de suicide, il y a un facteur protecteur qui ressort, une relation de soutien avec au moins une personne proche...

Soyez cette personne qui compte!



401, chemin Smyth, Ottawa, Ontario, Canada **CHEO** 613-737-7600 • <http://www.cheo.on.ca>
PS012F Janvier 2012

Quels sont les signes avertisseurs de suicide?

Les enfants et les adolescents peuvent penser au suicide s'ils :

- Parlent du suicide et de ce qui se passerait s'ils n'étaient plus là. Par exemple, ils peuvent dire des choses comme « Quand je serai parti... » ou poser des questions comme « Qu'est-ce qui se passerait si je n'étais plus là? »;
- Expriment des sentiments d'inutilité, par exemple, « Je ne suis rien pour personne »;
- Se sentent sans espoir par rapport à l'avenir, et disent des choses comme « À quoi bon? »;
- Se préoccupent de donner ce qu'ils possèdent.

Que devons-nous faire si notre enfant ou adolescent a des idées suicidaires?

Parler du suicide n'est pas facile. Vous craignez peut-être d'ancrer des idées suicidaires dans l'esprit de votre enfant. Mais n'ayez pas peur de vous renseigner sur le suicide. Les études montrent que vous ne pouvez pas ancrer des idées suicidaires dans la tête de quelqu'un. Avec un peu de chance, votre enfant n'éprouvera pas ces sentiments, mais si c'est le cas, le fait d'avoir abordé le sujet permettra à votre enfant de se confier à vous plus facilement...

Parlez-en. Allez-y doucement, mais commencez par demander à votre enfant ou adolescent comment il se sent.

Allez-y doucement, en posant des questions générales...

Écoutez. Il est important de donner le temps à votre enfant ou adolescent de répondre à votre première question.

Exprimer vos inquiétudes

Faites des commentaires sur ce que vous remarquez

Abordez le thème du suicide

Posez d'autres questions au besoin

« Comment ça va? »

« Je t'aime et je me fais du souci pour toi. »

« On dirait que tu es assez stressé ces derniers temps. »

« Le stress devient-il si important que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? »

« As-tu déjà pensé mettre fin à ta vie? »

401 chemin Smyth, Ottawa, Ontario, Canada **CHEO** 613-737-7600 • <http://www.cheo.on.ca>

Mon enfant dit qu'il a des idées suicidaires et qu'il a l'intention de mettre fin à ses jours.

Si votre enfant vous dit qu'il ne peut pas arrêter de penser au suicide et qu'il est sur le point de se faire du mal, obtenez immédiatement l'aide d'un professionnel :

- **Ne laissez pas votre enfant seul** : assurez-vous qu'une personne reste auprès de votre enfant, que ce soit vous, un ami proche ou un membre de la famille;
- **En situation de crise, obtenez l'aide d'un professionnel** : appelez le 911 ou une ligne de crise. Ligne de crise pour enfants, jeunes, familles de l'Est de l'Ontario, 613 260-2360 ou sans frais, 1 877 377-7775;
- **Faites-vous aider personnellement en situation de crise**. Si vous avez obtenu l'aide d'un professionnel, pensez à appeler un membre de votre famille ou un ami pour vous soutenir pendant que vous cherchez de l'aide pour votre enfant.

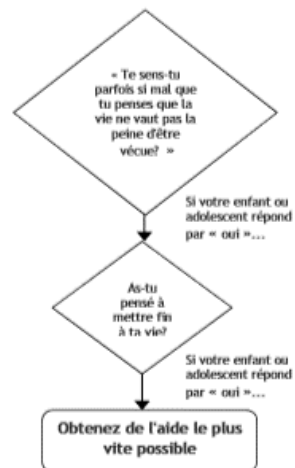
Pour obtenir plus d'information concernant l'aide dans votre communauté, consultez la section « Où trouver de l'aide? » à la fin de cette feuille de renseignements.

Faites confiance à votre instinct. Même si votre enfant dit « non » lorsque vous lui demandez s'il a des idées suicidaires, suivez votre instinct. Si vous craignez que votre enfant ou adolescent soit en danger immédiat de suicide, obtenez de l'aide.

Aider les enfants et les adolescents à penser que la vie vaut la peine d'être vécue

Renforcez votre relation avec votre enfant. Une relation parent-enfant solide est le facteur le plus important pour aider un jeune face au stress.

1. « Mais mon enfant ne veut pas passer de temps avec moi! Il préfère être avec ses amis! » Les amis et les pairs sont très importants pour les adolescents. Bien qu'il soit sain pour les adolescents d'avoir des amis et des activités sociales, cela ne devrait pas totalement remplacer les parents et la famille. Les amis ne peuvent jamais donner le même amour et le même soutien que le font les parents. Tous les adolescents ont vraiment besoin de cet amour et de ce soutien unique que seuls les parents peuvent donner. La bonne nouvelle est qu'il existe des façons de renforcer votre relation avec votre enfant. Cela risque de ne pas être facile au début, mais l'effort en vaut la peine. Votre enfant a vraiment besoin de vous.
2. **Passez régulièrement du temps avec votre enfant, idéalement seul à seul.** Proposez des sorties seul à seul à votre enfant. Ou trouvez des activités que vous pouvez faire ensemble à la maison : cuisiner, faire un projet pour la maison, se lancer le ballon. Essayez de trouver au moins un moment par jour pendant lequel vous pouvez passer du temps de qualité avec votre enfant. Cela donne à votre enfant l'occasion de vous faire part de ses sentiments ou de se confier sur ce qui ne va pas. **Rappelez-vous que le temps de qualité ne concerne pas les devoirs, les corvées ou toute autre chose que votre enfant peut considérer comme une critique.** Le temps de qualité consiste à créer une atmosphère chaleureuse dans laquelle votre enfant a envie de partager ses sentiments. C'est là votre occasion de valider ces sentiments.
3. **Écoutez et validez.** Lorsque votre enfant vous révèle ses sentiments, remerciez-le de les partager avec vous. « Je ne savais pas que tu te sentais si mal... Merci de me l'avoir dit. »



enfant dépressif ou suicidaire peut être extrêmement stressant. Il est important que vous obteniez du soutien dans ce moment difficile, afin que vous gardiez l'énergie nécessaire pour vous occuper de votre enfant.

Sécuriser sa maison pour l'adapter à une personne suicidaire

Lorsqu'un enfant ou un adolescent a des idées suicidaires (que ces idées soient actives ou non), il est important de sécuriser sa maison :

- 1 **Retirer les armes**
Veillez à ne laisser aucune arme à feu, munition ni aucune autre arme dans la maison. Ou veillez à ce qu'elles soient rangées dans une armoire adaptée, puis confiez les clés à un voisin, gardez-les sur votre lieu de travail ou dans un endroit où votre enfant ne peut pas facilement les trouver. En situation de crise, vous pouvez également appeler votre poste de police local pour savoir s'ils peuvent les garder temporairement.
- 2 **Retirez l'alcool**
L'alcool est un facteur de risque de suicide. L'alcool influe sur la pensée rationnelle et peut rendre les enfants et les jeunes plus impulsifs. Retirez l'alcool de votre maison ou gardez-en seulement une petite quantité.
- 3 **Médicaments**
Mettez sous clé tous les médicaments, même ceux obtenus sans ordonnance (l'acétaminophène ou Tylenol[®], l'acide acétylsalicylique-ASA ou Aspirine[®] peuvent être très dangereux en cas de surdose).
 - Les personnes dépressives prennent souvent une surdose d'antidépresseurs. Heureusement, de nombreux médicaments récents contre la dépression (la fluoxétine/Prozac[®], la fluvoxamine/Luvax[®], Sertraline/Zoloft[®], la paroxétine/Paxil[®], le citalopram/Celexa[®]) sont bien plus sûrs que les plus anciens médicaments, même en cas de surdose;
 - Demandez à votre médecin de prescrire des médicaments en quantité sécuritaire seulement. Lorsque vous remplissez l'ordonnance, demandez au pharmacien de préparer des quantités sécuritaires. Votre enfant ou adolescent risquera moins de les prendre en surdose;
 - Surveillez les enfants et les adolescents lorsqu'ils prennent des médicaments;
 - Rapportez tous vos médicaments non utilisés ou périmés à votre pharmacie locale pour qu'ils soient détruits.
- 4 **Retirez tout autre moyen de se suicider**
Retirez ou mettez sous clé les cordons, les cordes, les couteaux tranchants ou d'autres moyens évidents de se faire du mal.
- 5 **Clés de voiture**
Cachez vos clés de voiture afin que votre enfant ne puisse pas se servir de votre voiture pour se faire du mal.
- 6 **Enfermez des objets dans votre voiture**
Si vous n'avez pas d'autres façons de mettre les affaires sous clé, vous pouvez enfermer les armes à feu ou les médicaments dans votre voiture (le coffre est le meilleur endroit).

Périodes à risque élevé

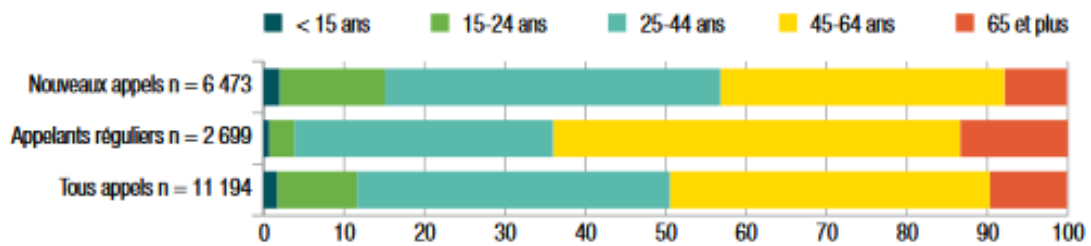
Pendant les périodes à risque élevé (comme les vacances, les anniversaires ou les périodes où il n'y a plus de soutien rapproché), soyez très attentif et :

- Gardez l'œil sur votre enfant ou adolescent.
- Ne laissez pas votre enfant ou adolescent seul pendant de longues périodes. Si vous devez sortir, emmenez-le avec vous. Si votre enfant ne veut absolument pas vous accompagner, demandez à quelqu'un de rester avec votre enfant.

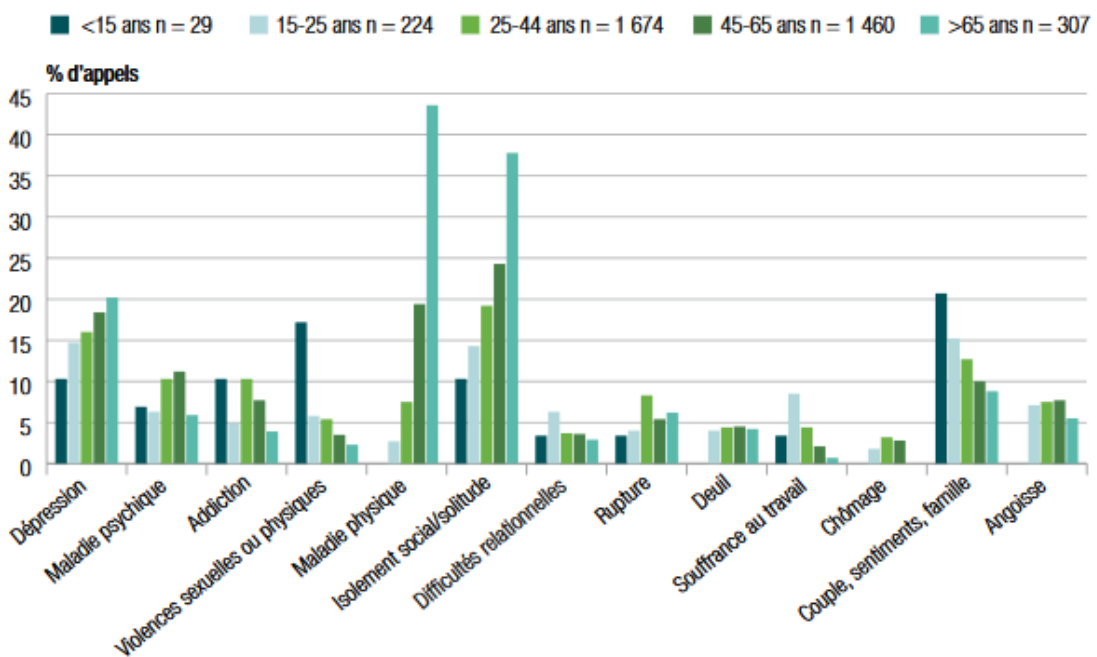
Annexe 12 : Rapport d'activité de l'association SOS Amitié



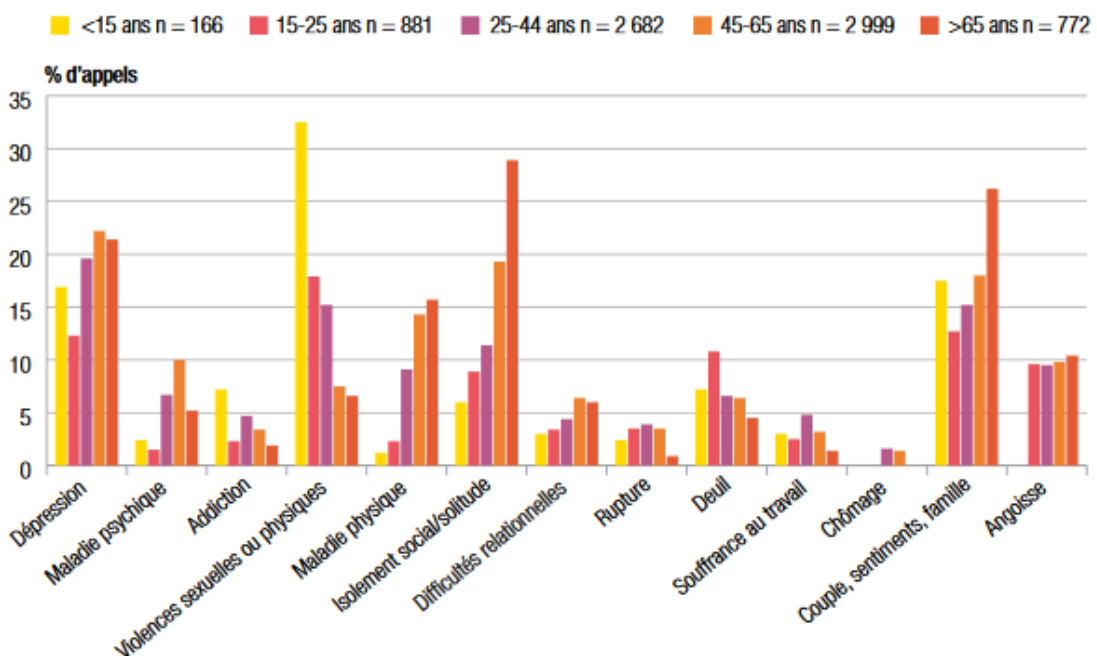
• **Structure d'âge relevée lors des appels de personnes suicidaires à SOS Amitié, en 2014**



• **Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les hommes selon l'âge, en 2014**



• **Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les femmes selon l'âge, en 2014**



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Malka et al - Risque et conduites suicidaires de l'enfant et adolescent . 2008 [Internet].
<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/22.%20SUICIDE%20ENF%20ADO3-44.pdf>
- [2] Thys-Doneux, Korn - Le risque suicidaire et les adolescents – Brochure. 2011 [Internet].
https://psychaanalyse.com/pdf/LE_RISQUE_SUICIDAIRE_ET_LES_ADOLESCENTS_BROCHURE.pdf
- [3] Bourrillon, Benoist, Delacourt - Collège National de Pédiatrie Universitaires. 2014 [Internet].
http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/risque_conduite_suicidaires/site/html/1.html#1
- [4] Vandevorde - Le geste suicidaire chez l'enfant: mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Septembre 2015 ; 28(4) :197-204.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987798315000924>
- [5] Dr Pommereau - A propos du suicide des adolescents. 2007 [Internet].
<http://www.universcience.tv/video-a-propos-du-suicide-des-adolescents-3821.html>
- [6] Pr Le Breton, Pr Cottencin - Adolescences et conduites addictives : passages et prises de risques - Lille1tv. 2011 [Internet].
<http://lille1tv.univ-lille1.fr/tags/video.aspx?id=d18a4bce-a33b-4b36-ba1e-6d53a95b1998>
- [7] Bridge, Goldstein, Brent - Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1 mars 2006;47(3-4):372-94.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- [8] Pelkonen, Marttunen - Child and Adolescent Suicide: Epidemiology, Risk Factors, and Approaches to Prevention. Pediatric Drugs. 2003;5(4):243-65.
<https://link.springer.com/article/10.2165%2F00128072-200305040-00004>
- [9] Pr Jeammet - Mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire. 2000. [Internet]. <http://193.49.126.9/conf&rm/Conf/confsuicide/jeammet.html>
- [10] Just, Pan, Cherkassky, McMakin, Cha, Nock, et al - Machine learning of neural representations of suicide and emotion concepts identifies suicidal youth. Nature Human Behaviour. 2017;1(12):911-9.
https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1038%2Fs41562-017-0234-y/MediaObjects/41562_2017_234_MOESM1_ESM.pdf
- [11] Houdé – “Se développer, c’est apprendre à s’inhiber », La Recherche – mensuel 388. 2005. [Internet] <http://www.larecherche.fr/olivier-houd%C3%A9-%C2%AB-se-d%C3%A9velopper-cest-apprendre-%C3%A0-inhiber-%C2%BB>
- [12] Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire - Harcèlement scolaire. 2011. [Internet]. <http://www.injep.fr/article/harcement-scolaire-2205.html>
- [13] Pr Terra - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2013. [Internet] https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/1541/4057.pdf

- [14] Portail de la prévention du suicide - Etapes du processus suicidaire et Prévention des suicides [Internet].
<http://www.preventionsuicide.info/connaissances/etapesprocessuicide.php>
- [15] Comité de coordination de toxicologie - Définition des critères de gravité d'une intoxication médicamenteuse. 2008 [Internet].
http://www.centres-antipoison.net/cctv/definition_criteres_gravite_2008.pdf
- [16] Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000 [Internet].
http://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf
- [17] Dr Julien, Dr Brousse - Déterminer le risque suicidaire du patient dépressif [Internet]. <http://jumga.fr/wp-content/uploads/2011/12/suicide.pdf>
- [18] Haute Autorité de Santé - Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014 [Internet]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
- [19] Association hospitalière de l'Ontario, Québec - Guide d'évaluation du risque suicidaire : synthèse des échelles d'évaluation [Internet]. http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf
- [20] Dr Giraud-Escoffier - Adolescent en danger aux urgences. 2012 [Internet].
<http://pap-pediatrie.fr/psychiatrie/adolescent-en-danger-aux-urgences>
- [21] Couronné, Arsène, Coron, Fuseau, Roux - Tentatives de suicide chez les adolescents : quelle prise en charge aux urgences ? 2008 [Internet].
http://www.jle.com/download/mtp-280401-tentatives_de_suicide_chez_les_adolescents_quelle-prise_en_charge_aux_urgences_-WsShcH8AAQEAAEo0o6AAAAAI-a.pdf
- [22] Stephan, Galudec, Walter - Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? 2011 [Internet].
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Quels_sont_les_criteres_d_hospitalisation_en_psychiatrie_des_patients_suicidants.pdf
- [23] UNAFAM - Echelle de dépression de Beck. [Internet].
<http://www.unafam.info/87/img/echelle-beck.pdf>
- [24] Pr Binder - Questionnaire TSTS-CAFARD. 2016 [Internet].
http://urml-paysdelaloire.org/lls4rR5LPeWqai/uploads/2017/05/Questionnaire-TSTS_cafard.pdf

- [25] Pr Binder - Quand passent les ados... Le B.I.T.S. 2016 [Internet]. http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/bits-presentation-courte.pdf
- [26] Site Médecin-Ado.org – Tableau : Test B.I.T.S. 2016 [Internet]. http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/tableau_bits.pdf
- [27] Ministère des solidarités et de la santé - 1^{er} Rapport de l'Observatoire National du Suicide. 2014 [Internet]. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>
- [28] ANAES - Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998 [Internet]. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>
- [29] Organisation mondiale de la santé - Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. 2014 [Internet]. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [30] INPES - Prévention primaire du suicide des jeunes. 2001 [Internet]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/508.pdf>
- [31] Centre Hospitalier de l'Est Ontario, Canada - Fiche parents : Identifier situations à risque. 2012 [Internet]. <https://www.cheo.on.ca/uploads/Suicide/Suicide%20FR.pdf>
- [32] OMS - Informations des professeurs et du milieu scolaire. 2002 [Internet]. http://apps.OMS.int/iris/bitstream/10665/67919/1/OMS_MNH_MBD_00.3_fre.pdf
- [33] OMS - La prévention du suicide : recommandations pour les médias. 2015 [Internet]. https://www.preventionsuicide.be/resource/static/recommandation_oms-livret.pdf?select=file
- [34] Gourier-Fréry, Beltzer, Ulrich - Données et actions des associations de prévention du suicide en France. 2015 [Internet]. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_dossier1.pdf
- [35] Ministère des solidarités et de la santé - 2^e Rapport de l'Observatoire National du Suicide. 2016 [Internet]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- [36] Ministère des solidarités et de la santé - 3^e Rapport de l'Observatoire National du Suicide. 2016 [Internet]. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
- [37] France Inter - Comment prévenir le suicide des jeunes ? 2018 [Internet]. <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-07-fevrier-2018>

- [38] INPES - Entre nous : Ressources – Brochure. 2009 [Internet]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Ressources.pdf>
- [39] Observatoire Régional de la Santé et du Social - Guide Répertoire Régional sur la Prévention en Suicide Picardie. 2009 [Internet]. http://www.or2s.fr/images/2009_GuideRepertoireRegionalPreventionSuicide_Picardie.pdf
- [40] Dr Pech - Les souffrances psychiques de l'adolescent : la place du pharmacien d'officine auprès du jeune. 2012 [Internet]. http://unt-ori2.crihan.fr/unsfp/Concours/2012_Angers_Besnard_Pech_SouffrancesAdos/co/Souffrances_ados_10.html



REÇU le
17 MAI 2018
Rép:

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : COMETS Paul INE : 0903098543P

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 18 06 2018 à 18 h. 15 Amphithéâtre ou salle : Allain

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : P. C. EZARD Prénom : Christine

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 14/5/2018
Signature:

Avis du Président de Jury

Nom : BELARBI Prénom : Keim

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 16/05/2018
Signature:

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable
- Défavorable

Le Doyen

D. DÉCAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2017/2018

Nom : COMETS

Prénom : Paul

Titre de la thèse :

« Intoxication médicamenteuse volontaire chez le pré-adolescent »

Mots-clés : intoxication médicamenteuse volontaire, IMV, suicide, comportement suicidaire, tentative de suicide, TS, acte suicidaire, pré-adolescent, 8-15ans, idéation suicidaire, facteurs de risque, prévention, sentinelles, Centre AntiPoison.

Résumé : Aujourd'hui les ingestions médicamenteuses sont très employées dans les tentatives de suicide du fait de l'accessibilité des médicaments. L'incidence clinique à moyen et long terme est réduite mais n'est pas négligeable pour autant. La question de la prise en charge de l'acte suicidaire progresse de plus en plus dans la conscience collective avec une nette volonté des pouvoirs publics de faire la promotion de la santé mentale. Le geste suicidaire peut prendre différentes significations et peut être difficilement repérable. C'est en cela, que la formation de sentinelles en milieu scolaire, dans le cadre familial et en santé de ville prend un réel intérêt. Le rôle du pharmacien d'officine, et de son équipe, prend donc tout son sens dans une telle prise en charge : de la détection des risques à l'orientation du patient vers une structure adaptée en fonction des besoins, en passant par la prévention et la limitation de l'accès à cet agent létal. Il n'a pas vocation à gérer la situation mais à accompagner le patient puisqu'il a une place privilégiée du fait de sa proximité relationnelle et de son accessibilité. En conséquence, la formation des personnels d'officine est à développer.

Membres du jury :

Président : Docteur Belarbi Karim, Docteur en Pharmacie, Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie, Laboratoire de pharmacologie.

Directeur, conseiller de thèse : Docteur Cézard Christine, Praticien hospitalier, Centre Antipoison de Lille - CHU de Lille.

Assesseurs : Docteur Fritz Françoise, Docteur en Pharmacie à Wambrechies.

Docteur Azzouz Ramy, Docteur en Médecine générale, DESC de médecine d'urgence, déchoquage médical, soins intensifs et toxicologie. Pôle de réanimation – CHU de Lille.