

NOTE DE CADRAGE Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge

Validée par le Collège le 1er juillet 2020

Demandeur : Auto-saisine

Service(s) : SBPP

Personne(s) chargée(s) du projet : Muriel Dhénain

1. Présentation et périmètre

Cette note de cadrage contient les informations relatives au thème « Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge » inscrit au programme 2019 de la Haute Autorité de Santé.

Le thème est une auto-saisine de la HAS. Il fait partie des travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la HAS¹. Il est prévu que ce thème fasse notamment l'objet d'une réflexion sur la pertinence d'une actualisation de la recommandation de bonne pratique « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide »².

1.1. Contexte

1.1.1. État des connaissances

Définition

Selon le DSM-5, une tentative de suicide est un comportement que l'individu a entrepris avec une certaine intention de mourir³. Le Trouble conduite suicidaire a été ajouté dans le chapitre des affections proposées pour des études supplémentaires.

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

² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: ANAES; 1998. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271908/fr/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide

³ American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

La tentative de suicide est définie comme un comportement non fatal autodirigé et potentiellement préjudiciable avec l'intention de mourir, même si le comportement ne cause pas de blessure.

La tentative de suicide est à distinguer de l'automutilation sans intentionnalité de mort.

Le suicide est défini comme le décès causé par un comportement préjudiciable autodirigé avec l'intention de mourir.

Données épidémiologiques

Fréquence

En France, en 2016, le nombre global de décès par suicide tous âges confondus était de 8 435 (plus élevé chez les hommes que chez les femmes, respectivement 6 450 et 1 985). Toutefois, ce chiffre sous-estimerait de 10 % les décès par suicide, portant ce nombre à 9 279 après correction⁴. La part du suicide dans le total des décès était de 1,5 %.

La même année, 26 décès par suicide ont été enregistrés dans la tranche d'âge 1-14 ans et 352 dans la tranche d'âge 15-24 ans ; ce qui correspond à un taux de décès par suicide de 0,3 / 100 000 habitants et 4,5 pour 100 000 habitants pour ces deux tranches d'âge (Entre 2000 et 2016, le taux de décès par suicide a tendance à diminuer dans le temps, notamment dans les tranches 1-14 et 15-24 ans). La part du suicide dans le total des décès pour les deux tranches d'âge est de 2,4 % et 15,2 %. Le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans (Données de l'exploitation des certificats de décès (CépiDc – Inserm <https://www.cephidc.inserm.fr/>)).

Le nombre de tentatives de suicide est plus difficile à mesurer.

En France, en 2017, le nombre global de séjours hospitaliers pour tentative de suicide était d'un peu moins de 89 000, et le nombre de personnes hospitalisées après une tentative de suicide était de 77 000 ; le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 18 pour 10 000 chez les femmes et 12 pour 10 000 chez les hommes⁵.

Cette même année, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était chez les filles d'environ 19 pour 10 000 habitants dans la tranche d'âge des 10-14 ans et 41 pour 10 000 habitants dans la tranche d'âge des 15-19 ans ; chez les garçons ces chiffres étaient d'environ 3 pour 10 000 et 12 pour 10 000 dans ces deux tranches d'âge (Analyse des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO))⁶. Cette analyse inclut les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences, mais ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences.

En France, en 2017, 4,3 % des filles de 17 ans et 1,5 % des garçons ont déclaré avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation (Enquête ESCAPAD de l'OFDT réalisée lors de la journée de défense et de citoyenneté auprès de 39 115 adolescents de nationalité française métropolitains, avec un questionnaire autoadministré anonyme)⁷.

⁴ Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4e rapport. Paris: ONS; 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les#Ouvrage-principal>

⁵ Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):48-54. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html

⁶ Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):48-54. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html

⁷ Janssen E, Spilka S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html

En France, en 2018, 13,9 % des lycéens ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide dans leur vie et 2,5 % des lycéens rapportent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie qui les a conduits à l'hôpital (3,9 % des filles et 1,2 % des garçons) (EnCLASS volet lycée menée auprès de 7 155 lycéens de la seconde à la terminale)⁸

Facteurs associés au suicide

Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs⁹. Ces facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux sont de mieux en mieux connus. Ils permettent d'identifier des populations d'individus vulnérables chez qui les idées suicidaires sont davantage susceptibles d'émerger et la crise suicidaire de se produire lorsqu'apparaissent des situations de tension individuelles, familiales, relationnelles ou socioéconomiques¹⁰.

La dépression apparaît comme le facteur le plus fortement associé au risque de tentative de suicide (ESCAPAD, 2017)¹¹.

Dans l'enquête ESCAPAD, la déclaration de tentative de suicide était associée aux difficultés scolaires (illustrées par le redoublement par rapport à l'absence de redoublement : ORa : 1,7), à la structure familiale (famille recomposée ou monoparentale par rapport à nucléaire : ORa : 1,7 et 1,9), au statut scolaire (apprentis, non scolarisés par rapport à élève : ORa : 1,7 et 3,1). Ce dernier résultat est cohérent avec celui de l'enquête EnCLASS auprès des lycéens (la déclaration de tentative de suicide est associée à la filière [ORa : 1,9 dans la filière professionnelle par rapport à la filière générale ou technique]) (ESCAPAD, 2017 ; EnCLASS, 2018)¹².

Les antécédents de tentatives de suicide constituent chez les adolescents et les jeunes adultes (de 12 à 26 ans), l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide¹³. Il en est de même chez l'enfant¹⁴.

Un fait récent est la place prise par internet, le smartphone, et les réseaux sociaux dans la vie, en particulier des adolescents. Dans le contexte des tentatives de suicide des adolescents, les réseaux sociaux peuvent avoir une influence néfaste avec un risque potentiel de cyberharcèlement¹⁵.

⁸ Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4e rapport. Paris: ONS; 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les#Ouvrage-principal>

⁹ Ministère de la santé et des services sociaux. Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie. Québec: MSSS; 1998. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf

¹⁰ Thomas P. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable [éditorial]. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):36-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

¹¹ Janssen E, Spilka S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html

¹² Janssen E, Spilka S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidémiol Hebdo 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html ; Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4e rapport. Paris: ONS; 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les#Ouvrage-principal>

¹³ Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, *et al*. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. J Affect Disord 2017;215:37-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>

¹⁴ Delamare C, Martin C, Blanchon YC. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatr Enf Adolesc 2007;55(1):41-51. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.006>

¹⁵ Mirkovic B, Podlipski MA, Gerardin P. Conduites suicidaires à l'adolescence. Encycl Méd Chir Psychiatrie 2019;37-216-H-10

À l'inverse, il existe des facteurs de protection contre le risque de suicide. Ce sont : des relations personnelles solides, un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être, les croyances religieuses ou spirituelles¹⁶.

1.1.2. État des lieux documentaire

Recommandations

Le *National Institute for Health and Care Excellence* a publié trois recommandations sur le thème :

- *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care* (2004)¹⁷ ;
- *Self-harm : longer term management* (2012)¹⁸ ;
- *Preventing suicide in community and custodial settings* (2018)¹⁹.

L'*American Academy of Pediatrics* a publié en 2016 des lignes directrices *Suicide and suicide attempts in adolescents*²⁰.

Travaux de la HAS

Recommandations

Les travaux de la HAS, publiés en 2015, en lien avec le thème sont :

- La recommandation de bonne pratique (RBP) : « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours »²¹ ;
- La fiche mémo : « Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours »²².

Des travaux anciens relatifs à la crise suicidaire :

- La RPC : « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (Anaes, 1998)²³ ;
- La Conférence de consensus : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (Anaes, 2000)²⁴.

¹⁶ Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014.

https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

¹⁷ National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 16. Leicester: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists; 2004.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/evidence/full-guideline-189936541>

¹⁸ National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Self-harm: longer-term management. National Clinical Guideline Number 133. Leicester: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists; 2012.

¹⁹ National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069>

²⁰ American Academy of Pediatrics, Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016;138(1):e20161420.

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-1420>

²¹ Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

²² Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours

²³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: ANAES; 1998. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271908/fr/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide

²⁴ Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

Évaluation des pratiques professionnelles

En 2006, le rapport de l'expérimentation nationale « Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide »²⁵.

Littérature disponible

Une recherche documentaire initiale (non restreinte, c'est à dire sans majoration des descripteurs) ("Suicide"[Mesh] OR "Suicidal Ideation"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh] OR Suicid*[TIAB] OR self-harm[ti]) sur *Medline* (sur la période 01/01/2009 - 24/07/2019) a permis d'identifier environ 10 864 références (dont 54 recommandations et conférences de consensus, 257 méta-analyses et revues systématiques, 1 063 essais contrôlés randomisés et non randomisés).

1.1.3. État des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement

Dans une étude rétrospective à partir de bases de données aux États-Unis, 38 % de 349 enfants et adolescents suicidés ont été en contact avec leur système de soins (service d'urgence, consultation médicale spécialisée ou auprès de leur médecin généraliste) dans les 4 semaines précédant le suicide et 16 % ont eu un contact assorti d'un code de diagnostic psychiatrique²⁶.

La conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie sur la crise suicidaire, en 2000, a défini la crise suicidaire comme une crise psychique dont le risque de suicide est majeur. Elle a précisé les éléments permettant de reconnaître une crise suicidaire, d'évaluer le degré de dangerosité et de l'urgence, ainsi que les interventions à proposer²⁷. Les médecins généralistes sont impliqués à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des crises suicidaires. La majorité des crises suicidaires passent aux urgences hospitalières, le plus souvent immédiatement après passage à l'acte, mais aussi en amont dans un sentiment d'imminence de l'acte.

Dans une étude de pratique publiée en 2008, les auteurs ont exploré, à partir d'entretiens individuels, le fonctionnement du médecin généraliste en position de décision face aux patients à risque suicidaire afin d'identifier et comprendre les obstacles qu'il a pu rencontrer²⁸. Les principales conclusions étaient les suivantes :

- les structures d'accueil sont toujours connues des médecins ;
- les urgences psychiatriques et les urgences de l'hôpital général sont choisies en premier lieu quand il s'agit d'urgence immédiate, tandis que les structures privées sont gardées pour les urgences différées. Les psychiatres de ville sont peu appelés dans ces cas d'urgence ;
- le coût élevé et le non-remboursement sont fréquemment apparus comme un frein important au recours au psychologue libéral ;
- le retour au médecin généraliste en cas d'échec d'une prise en charge spécialisée a été décrit quelle que soit la solution choisie ;
- les professionnels psychiatriques ont été ressentis la plupart du temps comme peu disponibles ;

²⁵ Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide. Rapport de l'expérimentation nationale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/tsu_-_rapport_final.pdf

²⁶ Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, *et al.* Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014;29(6):870-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>

²⁷ Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

²⁸ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine* 2008;4(6):279-83. <http://dx.doi.org/10.1684/med.2008.0302>

- le constat du peu de retour d'information, en cas de prise en charge psychiatrique, a fait l'unanimité, que le contexte soit urgent ou non ;
- le choix du patient est déterminant pour son orientation.

D'après les recommandations de l'Anaes de 1998, en cas de tentative de suicide, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement²⁹. Pour ce faire, tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, où cette triple évaluation sera commencée. Le non-recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que s'il est possible d'éliminer toute gravité somatique immédiate ou différée, et si la triple évaluation peut être commencée immédiatement par un réseau ambulatoire d'intervenants habitués à prendre en charge des adolescents.

1.2. Enjeux

Le suicide fait partie des causes de décès évitables.

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

Les tentatives de suicide font peser un lourd fardeau en raison de l'utilisation des services de santé pour soigner les blessures, de leur impact psychologique et social sur la personne concernée et ses proches et, parfois, de l'invalidité à long terme qui résulte des blessures³⁰.

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

1.3. Cibles

1.3.1. Patients concernés

La population concernée est celle des enfants et des adolescents.

1.3.2. Professionnels concernés

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

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

1.4. Objectifs

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

²⁹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: ANAES; 1998. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271908/fr/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide

³⁰ Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

1.5. Délimitation du thème / questions à traiter

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

- Quels sont les principes généraux pour le repérage, la prise en charge et le suivi (par exemple : coordination, continuité, contexte environnemental et systémique, proactivité)
- Comment repérer ? Avec quels outils ?
- Comment évaluer ?
- Comment prévenir le passage à l'acte ?
- Quelle prise en charge ?
- Quel suivi ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode d'élaboration envisagée est une méthode de recommandation de bonne pratique : la méthode « Recommandation pour la pratique clinique ».

Le groupe de travail comprendra de 15 à 20 participants et intégrera des représentants des spécialités médicales et des professions de santé concernées par la thématique et des représentants des usagers. Il a pour mission de rédiger les recommandations, après avoir pris connaissance des données bibliographiques disponibles, synthétisées par un ou plusieurs chargés de projet (HAS).

Le groupe de lecture donne un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. Ce groupe de lecture multidisciplinaire comprendra entre 30 et 60 personnes concernées par la thématique et intégrera des représentants des spécialités médicales, ainsi que des professions de santé non présentes dans le groupe de travail, et des représentants des usagers.

2.2. Composition qualitative des groupes

2.2.1. Groupe de travail

- Président du groupe de travail : (pédo)psychiatre
- Médecins généralistes
- Pédiatres (un ou deux pédiatres hospitaliers et un pédiatre libéral)
- Médecin et infirmier de l'Education nationale
- Professionnel d'encadrement collèges / lycées
- Pédopsychiatres +++
- Psychiatres +++

- Addictologue
- Urgentistes (un ou deux urgentistes du secteur public et un du secteur privé)
- Psychologue clinicien
- Infirmier / cadre infirmier
- Assistante sociale
- Cadre socio-éducatif
- Représentants des patients, des familles et des usagers
- Représentant des parents d'élèves

2.2.2. Groupe de lecture

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants (environ 2 à 3 fois plus), en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national et en associant des :

- Sociologues
- Enseignants
- Représentant d'un rectorat
- Educateurs en prévention spécialisée
- Educateur sportif
- Spécialiste des réseaux sociaux
- Ethicien
- Juriste
- Médecin et infirmier de PMI
- Anthropologue

2.3. Productions prévues

- ➔ Argumentaire scientifique,
- ➔ Recommandations,
- ➔ Synthèse des recommandations
- ➔ Outils pour les professionnels de santé, les enfants/adolescents, les enseignants, les parents

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 16/06/2020
- Date de validation du collège : 01/07/2019
- Revue de la littérature : juillet – octobre 2020
- Réunions du GT : novembre 2020 – février 2021
- Lecture : mars 2021
- Rédaction finale des recommandations : avril 2021
- Validation : mai – juin 2021

