

# La récurrence chez les adolescents suicidants

Travail en vue de l'obtention du titre de  
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par

Siu Fung Wu

Promotion 2006 – 2010

Sous la direction de : Catherine Matter

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 5 juillet 2010

## Résumé

Ce travail a pour but d'identifier les facteurs de risque prédisposant à une récurrence du geste chez les adolescents suicidants ainsi que les pistes d'améliorations pour diminuer ce risque. Afin de mieux comprendre cette problématique, il a été décidé de commencer ce travail par un chapitre expliquant les différentes terminologies et cadres de références en lien avec ce thème. La méthodologie choisie pour effectuer cette étude a été celle d'une revue de littérature élargie afin d'acquies une vision globale de cette problématique et de répondre aux divers questionnements. Une partie sera consacrée à la présentation des différents résultats puis un chapitre « discussion » mettra en lien les résultats avec les cadres de références retenus.

# Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire, Madame Catherine Matter, pour tous ses précieux conseils, sa disponibilité et pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de ce travail.

Merci à mes « maîtres », Monsieur Eric Girard et Monsieur Guillaume Olbe qui ont confirmé mon choix de travailler dans un service de psychiatrie et pour leurs recommandations.

Merci à Monsieur Didier Knöff et à Madame Camille Python pour avoir relu et corrigé avec professionnalisme mon Bachelor Thesis.

Et enfin, merci à mes parents pour m'avoir soutenu tout au long de ma formation.

# Table des matières

1. Introduction .....	6
1.1 Questionnement professionnel.....	7
1.2 Problématique.....	9
1.3 Question de recherche .....	9
1.4 Définitions et terminologie du suicide .....	10
1.4.1 Données épidémiologiques concernant le suicide.....	11
1.4.2 Données épidémiologiques concernant les tentatives de suicide .....	12
1.4.3 Données épidémiologiques concernant la récurrence suicidaire ..	13
1.5 L'adolescence : l'âge du changement .....	14
1.5.1 Caractéristiques liées à l'adolescent suicidant.....	17
1.6 Définition des cadres de références.....	19
1.6.1 Le concept de la prévention.....	19
1.6.2 Le concept de l'alliance thérapeutique .....	20
2. Méthodologie .....	23
2.1 Sources des données récoltées .....	23
2.1.1 Critères d'inclusions .....	23
2.1.2 Critère d'exclusion.....	24
2.2 Stratégies de recherches .....	24
2.3 Informations complémentaires des articles retenus.....	28
3. Résultats .....	29
3.1 Les facteurs prédisposant à la récurrence du geste suicidaire .....	29
3.1.1 Les antécédents de tentative de suicide.....	30
3.1.2 L'environnement familial.....	30
3.1.3 L'usage de substances toxiques et les troubles de l'humeur...	32
3.1.4 Les conduites à risque.....	33

3.2 Les pistes d'améliorations proposées afin de réduire le risque de récidive .....	34
3.2.1 La nécessité de prévenir le risque de récidive chez l'adolescent suicidant.....	35
3.2.2 Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire.....	37
3.2.3 Création de l'alliance thérapeutique et la non-banalisation de la tentative de suicide .....	38
3.2.4 L'implication familiale dans le processus de soins.....	39
3.2.5 La formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants .....	40
4. Discussion.....	41
4.1 Critique des articles retenus.....	41
4.2 Mise en lien des résultats avec les cadres de référence retenus...	42
4.2.1 La complexité d'une prévention de la récidive.....	42
4.2.2 La formation spécialisée .....	44
4.2.3 L'implication parentale.....	45
4.2.4 Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire.....	47
4.2.5 Le lien thérapeutique .....	48
4.3 Réponse à la question de recherche et implications professionnelles .....	49
4.4 Les points forts et les limites de ce travail.....	50
5. Conclusion .....	52
5.1 Le mot de l'auteur .....	52
6. Bibliographie .....	54
Livres.....	54
Articles.....	54
Sites internet .....	56
7. Annexes .....	59

# 1. Introduction

Selon le rapport *Le suicide des enfants et des adolescents en Europe: un grave problème de santé publique* de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2008), le suicide des adolescents est devenu un problème majeur de la santé publique et il est la cause de plusieurs milliers de décès chaque année.

En Suisse, le taux de suicide chez les adolescents est plus élevé que celui des pays environnants. Chez les jeunes hommes, il est de 20 pour 100'000 habitants, pour des taux inférieurs de moitié en France et en Allemagne (Observatoire suisse de la santé [Obsan], 2008).

Selon Children Action (2008), le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans et la deuxième chez les adolescents de 15 à 19 ans. Environ 9 % des jeunes, âgés de 15 à 25 ans, risque d'accomplir une tentative de suicide. Cependant, seulement 10 % de cette catégorie de personnes suivent une thérapie.

Cette dernière donnée me paraît importante car elle laisse supposer des insuffisances dans le dépistage et dans la prévention du suicide chez les adolescents ; s'ajoutant à cela, 60% des jeunes ayant commis une tentative de suicide récidiveront dans les deux années suivant le premier passage à l'acte avec un risque élevé de décès (Haesevoets, 2008, p. 238).

Le risque de récurrence suicidaire me paraît donc être une problématique majeure au vu de son pourcentage élevé de survenue. Il me semble primordial pour nous, professionnels de la santé, d'y accorder la plus grande attention lors de la prise en charge d'adolescents suicidants et de mobiliser toutes les ressources nécessaires afin d'en diminuer le risque.

## *1.1 Questionnement professionnel*

Lorsque le temps de décider de mon thème du Bachelor Thesis fut arrivé, je voulais effectuer un travail concernant les adolescents. Pourquoi avoir pris cette décision ? Tout d'abord parce que l'adolescence est une phase de la vie qui m'intéresse particulièrement, de part ces nombreux changements, tant au niveau physique que psychique que part les caractéristiques spécifiques de cette période que je considère comme une phase « charnière » de la vie mais qui est rempli de richesses et de possibilités.

La thématique du suicide chez les adolescents m'est venue lors de mon stage final à l'unité d'admissions psychiatriques pour adultes aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Durant cette période de formation pratique, qui a duré quatre mois, j'ai eu, en de nombreuses occasions, l'opportunité de rencontrer et de « prendre en charge » des jeunes, allant de dix-huit à vingt-quatre ans, hospitalisés suite à une tentative de suicide. Lors des premiers entretiens avec ces jeunes patients, une question, d'ordre philosophique et personnelle, est apparue dans mon esprit : « *pourquoi vouloir mettre fin à sa vie alors qu'elle vient à peine de commencer ?* » Partant de cette interrogation, j'ai commencé à me documenter sur le sujet du suicide chez les adolescents. Après un premier état des lieux des articles et des recherches en lien avec cette thématique, je me suis rendu compte qu'une grande partie de ces écrits concernaient les facteurs de risque de « passage à l'acte » chez les adolescents et que les implications de ces articles concernaient principalement les professionnels du domaine social, pédagogique ainsi que les médecins-généralistes.

Ces constations m'ont amené à approfondir ma question de recherche puisque je souhaitais effectuer mon travail de Bachelor sur des connaissances et des implications issues des écrits du domaine médical et particulièrement celui de l'infirmier. De plus, j'ai constaté que de nombreux auteurs se sont intéressés aux tentatives de suicide ainsi qu'aux facteurs qui ont causé ce geste chez les

jeunes mais pas sur les événements suivants cet acte. Cela a grandement « aiguisé » ma curiosité et renforcé mon envie d'effectuer mon BT concernant les adolescents après une tentative de suicide.

Le choix définitif de ma thématique du BT a été décidé lors de ma journée en tant qu'observateur à l'unité de crise pour adolescents (UCA) à Genève. Cette unité, composée d'une équipe interdisciplinaire (psychiatres, infirmiers, assistantes-sociales et psychologues) prend en charge des adolescents, de plus de dix-huit ans, ayant commis une tentative de suicide. Durant cette journée, j'ai pu participé, avec un infirmier, à l'entretien d'une jeune suicidante. Celle-ci, durant toute la discussion, nous a clairement fait part de son désir de réitérer l'acte suicidaire malgré tout le soutien et les pistes de résolutions de problèmes qui lui ont été apportés. Les propos de cette jeune fille m'ont fortement bouleversé et j'ai fait part de mon inquiétude à l'infirmier-référent de cette patiente. Celui-ci m'a répondu : « tu sais, malgré tout ce qu'on fait, il est vraiment difficile d'empêcher un jeune de refaire une tentative de suicide une fois sorti de l'unité ». Après cette réponse, je me suis posé une autre question : « existe-t-il une sorte de fatalité concernant le suicide chez les adolescents ? Quels sont les moyens que nous, professionnels de la santé, possédons ou pouvons mettre en place pour diminuer le risque qu'un jeune suicidant répète son geste ? »

C'est à partir de ces questionnements et après maintes réflexions que je suis arrivé à la thématique concernant mon travail de Bachelor : « la récurrence chez les adolescents suicidants ».

## *1.2 Problématique*

Mes objectifs principaux concernant ce travail sont :

- Faire un état des lieux des connaissances à travers les différents articles sélectionnés et la littérature en rapport avec ma thématique et ma question de recherche
- Après l'étude et l'analyse de ces écrits, faire ressortir les éléments les plus pertinents
- Effectuer une réflexion à partir de ces éléments afin de répondre à ma question de recherche
- Si cette réflexion s'avère être bénéfique, cela pourrait faire l'objet d'une remise en question dans la pratique professionnelle et, j'espère, apporter des éléments constructifs afin d'améliorer la prise en charge des adolescents suicidants.

## *1.3 Question de recherche*

*« Quels sont les facteurs prédisposant à une récurrence chez l'adolescent suicidant ? Quelles sont les interventions à entreprendre, en tant qu'infirmier, pour en diminuer le risque ? »*

La suite de mon travail comportera une description et un approfondissement des concepts utilisés. Ceux-ci me permettront d'analyser les résultats des articles retenus pour cette revue de littérature étoffée.

## *1.4 Définitions et terminologie du suicide*

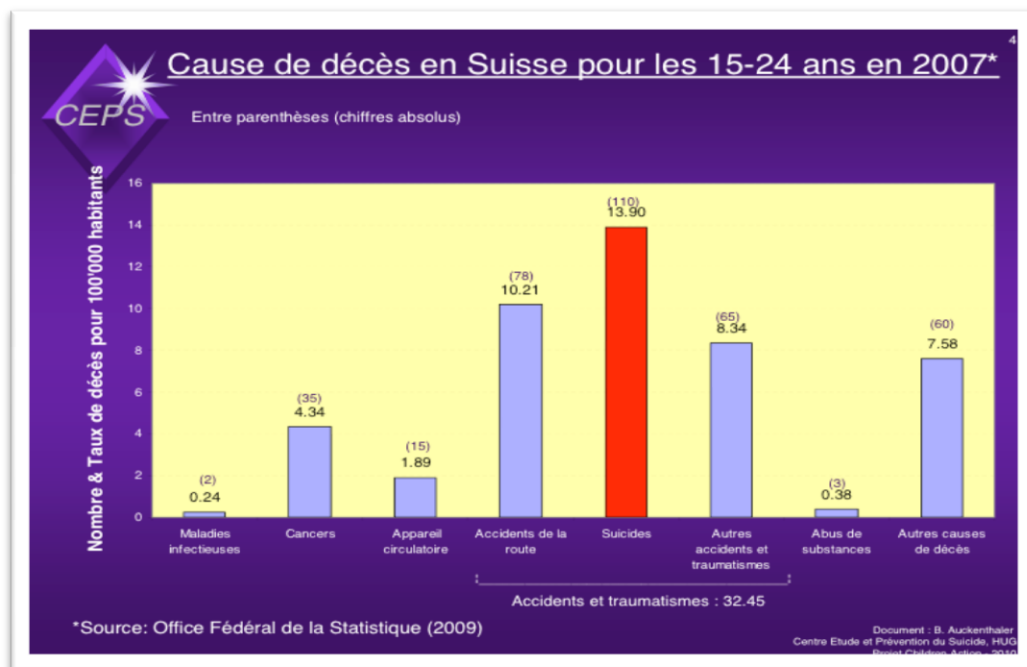
- **Suicide** : selon l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2001), le suicide est un « acte délibéré accompli par la personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. Le suicide est un acte impliquant le décès de la personne.
- **Tentative de suicide** :
  - Action n'aboutissant pas à la mort, par laquelle l'individu entame un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'un tiers, causerait des dommages auto-infligés ; ou par laquelle l'ingestion délibérée d'une substance dans le but de provoquer des modifications par le biais des effets immédiats ou escomptés (OMS, 1986, cité par Devaux, 2008, p.4)
  - Selon Caillard & Chastang (2010), la tentative de suicide est définie comme étant un « acte non fatal par lequel un individu réalise un geste (mutilations, ingestion de substances nocives) dans l'espoir de trouver la mort » (p.4).
- **Suicidé** : individu décédé suite à la tentative de suicide
- **Suicidant** : personne ayant fait et survécu à une tentative de suicide
- **Suicidaire** : ce qui est en lien avec le suicide, que ce soit au niveau des idées, des paroles ou du comportement
- **Récidive** : Répétition ou réitération de la tentative de suicide. Le terme « récidive » est employé lors d'une réapparition d'une maladie. Ce terme peut être lié à un aspect juridique et à une présomption culpabilisante. C'est pourquoi, cette étude contiendra aussi les termes « répétition » et « réitération » pour parler de la récidive.

### 1.4.1 Données épidémiologiques concernant le suicide

Selon l'OMS (2010), environ un million de personnes meurent par suicide chaque année dans le monde ; ce qui représente un taux global de mortalité par suicide de 16 pour 100'000 habitants ou un décès par suicide toutes les quarante secondes.

En Suisse, l'Office Fédéral de la Statistique [OFS] (2010), a répertorié, en 2007, 920 cas de décès par suicide chez les hommes et de 440 cas chez les femmes ; ce qui équivaut à un taux de mortalité de 21,9 pour 100'000 habitants chez les hommes et de 9,1 pour 100'000 chez les femmes.

Selon *ibid.*, (s.d), cité par l'Office fédéral de la santé publique [OFSP], *rapport répondant au postulat Widmer* (2005, p.8), le nombre de décès par suicide, en Suisse, a été estimé à 1378 personnes ; soit un taux de 2,2 % par rapport à l'ensemble des décès répertoriés en 2000. Par conséquent, le suicide est la cause la plus fréquente de décès chez les hommes de 15 à 44 ans.



Concernant les jeunes, en 2007, le taux de décès par suicide était de 13,90 pour 100'000 habitants (OFS, 2009) ; ce qui place le décès par suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans comme étant la première cause de décès avant les accidents de la route (10,21 pour 100'000) et les autres accidents et traumatismes (8,34 pour 100'000).

#### *1.4.2 Données épidémiologiques concernant les tentatives de suicide*

Il est difficile de calculer le nombre de tentatives de suicide avec exactitude. En effet, comme nous le rappelle Devaux (2008), un grand nombre de tentatives de suicide ne donne lieu à aucune intervention au niveau médical. De plus, les hospitalisations suite à une tentative de suicide ne sont pas répertoriées automatiquement en Suisse. C'est donc sur une approche évaluative, avec l'analyse des sondages d'auto-évaluation, que peut s'effectuer l'estimation de la fréquence des tentatives de suicide.

Selon une estimation faite par l'OFSP (2005), à partir des données récoltées dans les régions bernoises, il y aurait environ neuf mille tentatives de suicide par année en Suisse. Cependant, seules les tentatives de suicide suivies d'une intervention médicale ont été prises en compte. Ce qui laisse sous-entendre une importante sous-estimation des tentatives de suicide au sein de la population suisse. De plus, les comportements à risque pouvant être liés à la tentative de suicide tels que l'usage excessif d'alcool ou la conduite dangereuse d'un véhicule n'ont pas été inclus dans cette estimation.

Chez les jeunes de 15 à 20 ans, les résultats de l'étude SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health), 2002, démontrent que 8,2% de filles ( $n = 3380$ ) et 3,2% de garçons ( $n = 4040$ ) présentaient des antécédents de tentatives de suicide.

### *1.4.3 Données épidémiologiques concernant la récurrence suicidaire*

Selon Devaud, les personnes ayant commis une tentative de suicide présentent un risque quarante fois plus élevé de répétition de l'acte comparé à la population dans son ensemble. De plus, près de la moitié des répétitions du geste suicidaire surviennent dans l'année suivant la première tentative avec un risque maximal durant les six premiers mois (2008).

Pour Wichstrom (2000), cité par Braconnier & Marcelli, 2008 et Kerkhof (2000), cité par Caillard & Chastang (2010), l'existence d'antécédents de tentatives de suicide multiplie par 3,5 le risque futur de répétition de l'acte autolytique et la gravité du geste suicidaire antérieur multiplie par 1,5 le risque de récurrence.

De plus, les moyens mis en œuvre par le suicidant dans le but de mettre fin à ses jours sont à chaque fois plus « létales » et donc, augmentent le risque de décès par suicide (Choquet & Granboulan, 2004 / Devaud, 2008).

## *1.5 L'adolescence : l'âge du changement*

L'étymologie du mot « adolescence » vient du verbe latin « *adolescere* » qui signifie « *grandir* ». Cette période est généralement considérée comme un âge de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Selon l'OMS (1986) :

- L'adolescence correspond à la période entre 10 et 19 ans
- Le « jeune » est un individu âgé de 15 à 24 ans
- La jeunesse est la fusion des deux groupes d'âge précédents ; c'est-à-dire entre 10 et 24 ans

Dans les sociétés actuelles, l'adolescence est considérée comme étant une période longue et délicate. Les nombreux changements et remaniements caractérisant cet âge sont l'essence même de la crise. Cependant, ces éléments sont inévitables et nécessaires au processus de maturation, tant au niveau physique que psychologique.

*La puberté* : selon Braconnier & Marcelli (2008), la puberté correspond à la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique ; celle-ci aboutit au développement complet des caractéristiques sexuelles, à l'acquisition de la taille définitive et à la fonction reproductrice. Cet ensemble de changements s'étend sur plusieurs années et est contrôlé par les facteurs neuroendocriniens et endocriniens.

Selon la classification de Tanner, le développement de la puberté est classifié en plusieurs stades. Ceux-ci sont cotés de 1 (stade pré-pubère) à 5 (stade adulte).

Cette croissance et ces modifications au niveau physique et biologique modifient fortement l'équilibre psychique de l'adolescent. Les manifestations dues à ces changements peuvent prendre la forme d'une labilité d'humeur par exemple (le jeune passe d'une phase d'exubérance à une période dépressive sans réels facteurs déclenchants). Si cette labilité au niveau thymique n'est pas gérée de manière adéquate par l'adolescent, certains de ces manifestations, comme par exemple la tristesse, peuvent s'accroître avec le temps et faire apparaître, chez celui-ci, des comportements à risques tels que la prise de toxiques, la violence dirigée vers autrui ou contre soi-même (scarifications, tentatives de suicide ou anorexie).

Au niveau psychique, l'adolescent traverse une période faite de remaniements à plusieurs niveaux :

- Au niveau identitaire : les figures de références durant l'enfance, telle la figure maternelle ou la figure paternelle, sont généralement remises en question et sont l'objet de *désidérialisation* au cours de l'adolescence. Ce passage est obligatoire pour permettre au jeune de se construire une identité définitive et propre à lui-même ainsi que de se forger un nouvel idéal du Moi.
  - Selon la théorie du développement psychosocial d'Erikson, l'adolescence (de 12 à 18 ans) est l'âge de la remise en question, de la recherche et de l'acquisition d'une identité sur le plan sexuel, social et professionnel. C'est, également à cet âge, que l'appartenance à un groupe prend toute son importance. Le jeune ressent un certain besoin de fréquenter un groupe de pairs auquel il va s'identifier et entretenir de nouvelles relations. Il va aussi se référer à d'autres modèles bien différents des modèles parentaux ; les figures sportives et les vedettes du monde musical ou du cinéma sont les plus fréquemment évoquées.

- Au niveau du schéma corporel : les modifications corporelles tels que le développement des organes génitaux ou l'apparition de la pilosité entraînent chez l'adolescent d'importantes répercussions psychologiques. Le corps se modifie à un rythme variable et de manière globale. L'image corporelle se trouve donc être bouleversée ; aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour les personnes qui l'observent. Ces divers remaniements obligent le jeune à se « réapproprier » un corps au potentiel sexuel confirmé et à s'adapter à une nouvelle image de soi.
- L'adolescence en tant que *travail de deuil* : aux transformations physiques et à la perte de l'image corporelle de l'enfance s'ajoute un grand remaniement des relations entretenues par le jeune jusqu'alors. L'enfant prenait pour modèle ses parents, l'adolescent, arrivé à ce stade, doit remanier les relations avec son entourage ; en particulier avec ses parents, objet premier de son amour.  
Du point de vue psychanalytique, l'adolescence en tant que travail de deuil consiste à une perte des « objets infantiles » pouvant être analysée sur deux niveaux :
  - La perte de l'objet *primitif* : phase de séparation avec l'objet maternel
  - La perte de l'objet *œdipien* rempli d'amour, de haine et d'ambivalence : l'adolescent est amené à « conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne » (Haim, 1970, cité par Braconnier & Marcelli, 2008., p.20).

Selon l'approche psychanalytique, une des principales tâches psychiques de l'adolescent consiste donc à se détacher de l'autorité parentale ainsi que des « objets infantiles ».

Cependant, ce double travail de deuil (corps et relations parentales) et le processus de séparation / individualisation engendre un certain déséquilibre et une situation de crise faite d'angoisse, de doute et d'agressivité comme moyen de défense chez l'adolescent.

### *1.5.1 Caractéristiques liées à l'adolescent suicidant*

Comme il a été cité au-dessus, l'adolescent est en souffrance par rapport aux nombreuses difficultés et changements spécifiques à cette phase de la vie. Cependant, l'adolescent suicidant, quant à lui, présente certaines spécificités qui méritent d'être approfondies.

**L'impulsivité / impulsion** : selon Braconnier & Marcelli (2008), l'impulsion est définie comme étant « une survenue soudaine, ressentie comme une urgence, d'une tendance à accomplir tel ou tel acte. Celui-ci s'effectue hors de tout contrôle et généralement sous l'emprise de l'émotion ».

Dans le cadre de la problématique du suicide, il est important de comprendre que l'âge de l'adolescence est synonyme d'action. En effet, dans un contexte anxiogène, de souffrance et de doute, l'adolescent fera plus facilement appel à des mécanismes de défense violents tel que les fugues ou les tentatives de suicide comme un moyen d'expression de son mal-être au détriment d'une conception mentale de résolution de problèmes.

**La vulnérabilité psychique** : cette faiblesse psychique tient à la fragilité narcissique (fragilité du Moi) de l'adolescent. Elle se traduit par une difficulté extrême de gérer les pulsions, une intolérance à la perte ou à la séparation des personnes ou des objets dont il entretient une relation de dépendance excessive et à une difficulté à supporter les angoisses et les pensées douloureuses. Tous ces éléments peuvent prendre la tonalité d'une blessure narcissique vécue comme insupportable pour l'adolescent. Dans ce cas, les

tentatives de suicide et les récides suicidaires sont des moyens utilisés par le jeune, non pas pour mettre un terme à sa vie, mais pour se libérer de cette souffrance qui lui est intolérable.

Comme l'illustre Rufo (2007) : « l'adolescent tente de se suicider pour mettre fin à une souffrance jugée insupportable, plus que pour se tuer lui-même » (p.201). Le réel désir de l'adolescent suicidant est donc de mettre fin à ce mal-être, plutôt que d'en finir avec la vie.

En rapport avec ces remarques, certains auteurs tels Berchtold & al. (2005) formulent l'hypothèse que la tentative de suicide devrait être considérée comme étant un « symptôme » plutôt qu'un trouble de la santé.

**Le tabou :** est une des caractéristiques dans le domaine du suicide chez l'adolescent. En effet, dans la majorité des cas, l'adolescent ne fait pas part ou très peu de son idéation suicidaire à son entourage. De plus, les signes de détresse sont diffus et indirects, ce qui complique d'autant plus le dépistage d'un risque de suicide ou de récive dans le cadre de la problématique qui va être développée.

Le tabou du suicide existe non seulement chez les adolescents mais aussi dans la société en général. En effet, le fait de vouloir mourir lorsqu'on est jeune peut paraître incompréhensible, inacceptable et moralement condamnable par les mœurs. Les suicides et les tentatives de suicide, lorsqu'ils ne sont pas cachés ou présentés comme des accidents, restent souvent des secrets.

## *1.6 Définition des cadres de référence*

### *1.6.1 Le concept de la prévention*

Dans son rapport répondant aux postulats Humbel (2007), l'OFSP a défini la prévention comme étant l'ensemble des mesures prises dans le but d'empêcher l'apparition, la propagation et les conséquences néfastes de certains troubles de la santé, pathologies ou accidents. Partant sur le phénomène de la « maladie » ou de la « blessure », la prévention cherche à identifier et à comprendre les causes de celle-ci et à en combattre les facteurs déclenchants.

Contrairement à la promotion de la santé, qui vise au renforcement de l'ensemble des ressources individuelles et collectives afin de maintenir et d'améliorer la santé sans mettre l'accent sur une pathologie, la prévention est toujours spécifique à un « mal » qui doit être prévenu et dépisté de façon précoce. Exemples : les accidents de la route, les différents cancers, la dépendance à l'alcool...

Il faut remarquer que la prévention est classifiée en trois types:

- **La prévention primaire :** visant à empêcher la survenue d'une pathologie, d'un trouble de la santé ou d'un symptôme. Les mesures sont ciblées sur la diminution des facteurs de risque et sur le renforcement des facteurs de protection. Ce type de prévention est généralement adressé à l'ensemble de la population et les actions à titre informatives et/ou éducatives sont entreprises au niveau de l'environnement de ces personnes et/ou des personnes elles-mêmes.
- **La prévention secondaire :** ce sont des mesures ciblées sur le dépistage et sur les interventions précoces auprès de l'individu ou groupe d'individus présentant des facteurs de risque et/ou des symptômes débutants et détectables connus pour certaines pathologies ou troubles de la santé.

- **La prévention tertiaire :** comporte l'ensemble des actions au niveau d'une pathologie ou d'un trouble de la santé déjà établi dans le but d'éviter la constitution de complications consécutives ou de prévenir les rechutes.

En complément de ces définitions, les auteurs comme Braconnier & Marcelli (2008) ont catégorisé la prévention en deux stratégies bien distinctes :

- **La stratégie de prévention spécifique :** ensemble d'interventions ciblées dans le but de faire face à des conduites déviantes ou à risque. Les campagnes de lutte contre la dépendance à l'alcool, la toxicomanie ainsi que les maladies sexuellement transmissibles se développent principalement à partir de cette stratégie.  
Les actions de cette stratégie bénéficient de ressources spécifiques (crédits, budget précis, etc.) ainsi que de structures qui leur sont propres (associations, ligue de lutte contre...). Elles s'adressent à une population ciblée et sont sujettes à diverses études, enquêtes socio-démographiques et financières (coût – efficacité), rétrospectives et prospectives.
- **La stratégie de prévention globale :** la prévention dite *globale* resitue l'individu dans son contexte spatio-temporel et prend en considération l'ensemble des « difficultés » ressenties par celui-ci. Les liens, que l'individu entretient avec son environnement familial, socioculturel et scolaire ainsi qu'avec ses pairs, sont mis en évidence puis analysés.

### *1.6.2 Le concept de l'alliance thérapeutique*

Selon Caillard & Chastang (2010), l'alliance thérapeutique fait partie intégrante du processus de soins et de la relation entre le soignant et le patient ; ce qui fait d'elle, un élément de première importance en ce qui concerne le bon déroulement du processus thérapeutique.

Les différents « objectifs » d'une alliance thérapeutique peuvent être classifiés en deux catégories :

- L'accord commun entre le soignant et le patient sur les buts de l'hospitalisation, l'établissement des objectifs de traitements ainsi que sur les moyens utilisés pour les atteindre.
- Développement d'un « lien » de confiance entre le soignant et le patient dans le but d'atteindre les objectifs de l'hospitalisation et pour garantir le bon déroulement du processus thérapeutique

Le concept de l'alliance implique un engagement, une collaboration ainsi que de l'empathie de la part du patient et du soignant. Selon Shea, 2005, cité par Caillard & Chastang, 2010, l'engagement est défini comme étant un :

(...) développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect grâce auquel les patients se sentent de plus en plus libres de confier leurs problèmes au clinicien en même temps qu'ils prennent confiance en son aptitude à les comprendre (...). L'alliance désigne tous les indices comportementaux émotionnels suggérant au cours de l'entretien, la réussite du processus de l'engagement (...). L'engagement sert donc à définir un ensemble d'objectifs et l'alliance fournit une méthode pour surveiller l'efficacité des stratégies employées pour atteindre ces objectifs (p.247)

Pour Bordin, 1979, cité par ibid, la collaboration est un élément essentiel pour l'instauration d'une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient. Ce processus interactif dans lequel les comportements des patients ainsi que les capacités humaines et relationnelles du soignant (chaleur, empathie, capacité à mettre en confiance et à collaborer et le respect) jouent un rôle important.

Afin de créer une alliance thérapeutique avec le patient, il faut prendre en considération certains facteurs :

- **Les facteurs liés au patient et à son entourage :** la détresse psychique ressentie par le patient et sa famille, l'existence de mécanismes de défenses (par exemple le déni), la provenance de la demande de soins et les capacités à l'autocritique
- **Les facteurs liés au soignant :** la capacité à se montrer empathique, chaleureux, confiant, honnête, non-jugeant et « souple » dans la relation

L'empathie peut être définie comme étant la « compréhension de la souffrance de l'autre ». Elle se différencie de la compassion (souffrir avec l'autre) et de l'identification au patient dans lequel le soignant s'identifie au patient et reconnaît son état émotionnel jusqu'à le ressentir lui-même. (Rogers, s.d, cité par Caillard & Chastang, 2010)

Selon Shea 2005, cité par Caillard & Chastang, 2010, l'empathie est : « la capacité à reconnaître la perspective émotionnelle immédiate d'autrui, se situer aussi exactement que possible dans le référentiel de l'autre par un comportement en miroir ou en écho sans jamais s'y perdre » (p.247) .

En ce qui concerne ma problématique, la création d'une alliance thérapeutique permet au jeune suicidant de dévoiler, petit à petit, ses ressentis ou ses pensées qui lui sont difficiles à exprimer. Elle permet aussi au soignant de mieux connaître le jeune et une meilleure adaptation des soins (ces différents éléments seront plus approfondis dans le chapitre *Discussion*).

## 2. Méthodologie

Dans le but de répondre à ma question de recherche, mon choix s'est porté sur la revue littérature étoffée comme méthodologie. Cette manière de procéder me paraît appropriée car elle permet un recensement des écrits actuels ainsi qu'une acquisition des connaissances pertinentes qui en découlent.

De plus, de nombreux éléments m'ont incité à favoriser la revue de littérature étoffée plutôt qu'une recherche sur le terrain. En effet, mes connaissances dans le domaine de la recherche étant limitées, il m'a paru plus pertinent de me baser sur des écrits émanant des professionnels possédant des connaissances tant dans le domaine théorique que dans celui de la pratique.

### *2.1 Sources des données récoltées*

Afin d'acquérir des connaissances qui me permettront de répondre à ma question de recherche, les banques de données telles que Cairn, Pubmed ou ScienceDirect ont été consultées. La période de récolte des données a duré cinq mois (de janvier à mai 2010).

Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été établis dans le but de récolter les écrits scientifiques les plus appropriés et d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche.

#### *2.1.1 Critères d'inclusions*

- Ecrits scientifiques publiés il y a moins de douze ans
- Langues utilisées : français / anglais
- La population cible concerne les adolescents âgés de 12 à 25 ans

- Les sujets traités dans les écrits doivent concerner au minimum un des points suivants :
  - L'adolescent suicidant ou ayant des idéations suicidaires
  - Les facteurs prédisposant à une récurrence de tentative de suicide
  - Identification des ressentis et des perceptions des adolescents suicidaires et/ou des professionnels de la santé
  - Les éléments ou des pistes d'améliorations afin de diminuer le risque de récurrence
- Les recherches incluses doivent comprendre un résumé, une introduction, une description détaillée de l'échantillon dans la méthodologie, une discussion des résultats obtenus ainsi qu'une conclusion
- Les recherches comportant des implications pour les professionnels de la santé sont privilégiées

### *2.1.2 Critère d'exclusion*

- Les études concernant uniquement les professionnels du domaine social, pédagogique ou juridique

## *2.2 Stratégies de recherches*

### Stratégie 1

*Banque de données* : Cairn

Association des mots-clés utilisés : adolescents ; suicidants ; hôpital

Résultats : 65 articles générés

- Trois recherches retenues :

- Casanova, E., Fanello, S., Garre, J.B., Gerain, M.C., Gohier, B. & Parot, E. (2005). *Evaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers*
- Bouhnik, AD., Coruble, G., Dany, L., Obadia, Y. & Prodhon, H. (2004). *Pratique de prise en charge des jeunes suicidants en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- Choquet, M. & Granboulan, V. (2004). *Les jeunes suicidants à l'hôpital*

## Stratégie 2

*Banque de données* : ScienceDirect

Association des mots-clés utilisés : adolescent ; suicide ; psychiatry ; nurse

Limite : année de parution de 2000 à 2010

Résultats : 1'118 articles générés

- Deux recherches retenues :
  - Abbiati, B., Bolognini, M., Halfon, O., Laget, J. & Plancherel, B. (2006). *Evaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents : lien entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie*
  - Anderson, M., Noon, J. & Standen, P. (2003). *Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis*

## Stratégie 3

*Banque de données* : ScienceDirect

Association des mots-clés utilisés : récidive ; adolescents ; suicidant

Limite : année de parution de 2002 à 2010

Résultats : 20 articles générés

- une recherche retenue :

- Bouden, A., Halayem, M.B., Halayem, S. Othman, S. (2009). *Profil du suicidant en population clinique : une expérience tunisienne*

#### Stratégie 4

*Banque de données* : ScienceDirect

Association des mots-clés utilisés : suicidal; adolescents; inpatient; nursing

Limite : année de parution de 2002 à 2010

Résultats : 664 articles générés

- une recherche retenue :
  - Ellilä, H., Haavisto, A., Helenius, H., Sourander, A. & Välimäki, M. (2002). *Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland*

#### Stratégie 5

*Banque de données* : ScienceDirect

Association des mots-clés utilisés : follow up; adolescent; suicide; attempter

Limite : année de parution de 2002 à 2010

Résultats : 115 articles générés

- une recherche retenue :
  - Claassenb, C., Lam, T.H., Lee, P., Rao, U., Stewart, S. & Wong, J. (2008). *Repeat suicide attempts in Honk Kong community adolescents*

#### Stratégie 6

*Banque de données* : HAS

Association des mots-clés utilisés : recommandations AND adolescents AND suicide

Résultats : 74 articles générés

- une recherche retenue :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*

### Stratégie 7

*Banque de données* : Unisciences

Association des mots-clés utilisés : adolescents; hospitalisation; psychiatrique

Résultats : 25 articles générés

- une recherche retenue :
  - Chanez, J.M., Dubos, P.F., Halfon, O., Laget, L., Plancherel, B., Schwarz, F. & Staffoni-Donadini, L. (2002). *Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud : une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation*

### Stratégie 8

*Banque de données* : Pubmed

Association des mots-clés utilisés : psychiatry; adolescent; hospitalized; suicide attempt

Limites : Humans, English, French

Résultats : 38 articles générés

- une recherche retenue :
  - Berchtold, A., Jeannin, A., Ladame, F., Narring, F., Navarro, C., Perret-Catipovic, M. & Righini, NC. (2005). *Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicide ideation*

### Stratégie 9

La recherche mentionnée ci-dessous m'a été remise par mon praticien-formateur durant ma période de formation pratique cinq :

- Girard, E. & Olbe, G. (2009). « *Laisser moi ne pas mourir* » ou *l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidaire*

### *2.3 Informations complémentaires des articles retenus*

Sur les douze articles retenus pour cette étude, sept sont des recherches de type qualitatif (Girard, E. & Olbe, G., 2009 / Bouhnik, AD., Coruble, G., Dany, L., Obadia, Y. & Prodhon, H., 2004 / Casanova, E., Fanello, S., Garre, J.B., Gerain, M.C., Gohier, B. & Parot, E., 2005 / Chanez & al., 2002 / Abbiati, B., Bolognini, M., Halfon, O., Laget, J. & Plancherel, B., 2006 / Anderson, M., Noon, J. & Standen, P., 2003 / ANAES 1998), trois recherches sont de type quantitatif (Claassenb, C., Lam, T.H., Lee, P., Rao, U., Stewart, S. & Wong, J., 2008 / Bouden, A., Halayem, M.B., Halayem, S. Othman, S., 2009 / Ellilä, H., Haavisto, A., Helenius, H., Sourander, A. & Välimäki, M., 2002) et deux articles (Choquet, M. & Granboulan, V., 2004 et Berchtold & al., 2005) inclus communément ces deux types de recherche.

Dans ces douze recherches retenues, trois concernent les professionnels de la santé (Girard, E. & Olbe, G., 2009 / Abbiati, B., Bolognini, M., Halfon, O., Laget, J. & Plancherel, B., 2006 / Anderson, M., Noon, J. & Standen, P., 2003) ; tandis que les neuf autres recherches se placent du point de vue des adolescents.

### 3. Résultats

Après la lecture et l'analyse des données retenues pour cette étude, les résultats ont été classifiés en deux catégories :

- Les facteurs prédisposant à une récurrence du geste suicidaire
- Les pistes d'améliorations proposées afin de réduire le risque de récurrence

Les résultats sont présentés en nombre de personnes, en odds ratio (OR) ou en pourcentage (%).

#### *3.1 Les facteurs prédisposant à la récurrence du geste suicidaire*

Dans le but de mieux comprendre le phénomène de la récurrence chez l'adolescent suicidant, il me semble pertinent, dans un premier temps, d'identifier les facteurs prédisposant. Cela permet une meilleure appréciation du risque de récurrence afin d'être en mesure de procéder à des interventions ciblées.

Une remarque importante est à souligner. Les différents facteurs de risque identifiés dans les recherches décrites ci-dessous ne peuvent être considérés comme une causalité de la récurrence chez l'adolescent suicidant. En effet, les auteurs tels Choquet & Granboulan, 2004 et L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé [ANAES], 1998 insistent sur le fait que la présence de ces facteurs ne ferait qu'accroître la vulnérabilité de l'adolescent suicidant à une récurrence.

### *3.1.1 Les antécédents de tentative de suicide*

Certains articles retenus pour cette étude démontrent un lien probable entre les antécédents de tentatives de suicide et le risque de récurrence ultérieure. Comme l'illustre Berchtold & al., 2005, au cours des 18 mois de l'étude, les chercheurs ont identifié 18% de « récidivistes » dans l'échantillon initial de 186 jeunes suicidants ou présentant des idées suicidaires. Après cette constatation, les auteurs émettent l'hypothèse qu'un antécédent de tentative de suicide augmenterait le risque de récurrence.

La supposition d'un lien entre les antécédents de tentative de suicide et une récurrence a aussi été constatée dans la recherche de Claassenb, Lam, Lee, Rao, Stewart & Wong, 2008. Les auteurs de cette étude ont interrogé, à deux reprises (T1 et T2 : 12 mois d'intervalle) 1099 adolescents âgés de 12 à 18 ans et scolarisés dans les différentes régions de la ville de Hong Kong. Leurs questionnaires concernaient la situation familiale et la qualité des relations entretenues par le jeune avec les différents membres de sa famille, son état psychique, la situation sociale dans laquelle il vit ainsi que des antécédents de tentative de suicide. L'analyse des résultats a dénombré 73 cas de tentatives de suicide chez ces adolescents. Parmi ces jeunes suicidants, 30 avaient réitéré l'acte suicidaire à de multiples reprises. Les auteurs de cet article considèrent les antécédents de tentative de suicide comme « une composante » dans la probabilité d'une récurrence chez l'adolescent suicidant.

### *3.1.2 L'environnement familial*

Un des facteurs fréquemment identifiés dans les résultats des différentes études retenues est la perturbation intra-familiale. Celle-ci peut se définir comme étant une relation conflictuelle entre l'adolescent et ses parents, une conjugopathie perturbant le jeune, l'absence ou le divorce des parents ainsi qu'une insuffisance du soutien parental envers leur enfant.

Ces éléments ont été retrouvés dans les recherches suivantes : Bouden, Halayem, M.B., Halayem, S & Othman, 2009 / Claassenb, Lam, Lee, Rao, Stewart & Wong, 2008 / Berchtold & al., 2005 / Ellilä, Haavisto, Helenius, Sourander, & Välimäki, 2002 / Choquet & Granboulan, 2004.

Bien que ce facteur existe aussi chez les adolescents non-suicidants, il faut noter la probabilité d'une corrélation entre le risque de récurrence et le milieu familial « défavorable » de l'adolescent suicidant. Selon l'étude de Choquet & Granboulan, 2004, sur les 158 adolescents suicidants ayant répondu aux trois questionnaires (à T0 : le jour précédent la sortie de l'hôpital / T1 : trois mois après l'acte suicidaire / T2 : 12 mois après l'acte autolytique), 33 adolescents, soit 21% de l'échantillon final, ont réitéré leur tentative de suicide. Dans ces 21% de récidivistes, les chercheurs ont remarqué une fréquence plus élevée de répétitions de l'acte suicidaire parmi les adolescents ayant des problèmes familiaux ou vivant dans un environnement familial conflictuel (24%). En prenant en compte cette observation, les auteurs de cette étude avancent l'hypothèse qu'un environnement intra-familial conflictuel pourrait rendre l'adolescent suicidant « vulnérable » à une récurrence.

Des similitudes ont été remarquées chez Claassenb, Lam, Lee, Rao, Stewart & Wong, 2008, avec l'étude précédemment commentée. Les résultats de cette recherche démontrent que 24 adolescents ont déclaré avoir tenté de se suicider à T1 et 49 à T2. Parmi ce groupe d'adolescents suicidants, 30 ont déclaré avoir fait recours à plusieurs tentatives de suicide. En effectuant une observation plus approfondie, les auteurs ont remarqué que dans la majeure partie des cas de récurrence, le fait de vivre dans un milieu familial conflictuel ou d'avoir un soutien insuffisant de la part des proches, a eu une influence prépondérante sur les récurrences de ces jeunes suicidants.

L'étude de Bouden, Halayem, M.B., Halayem, S & Othman, 2009 présente des résultats similaires aux deux écrits précédemment cités. Dans cette recherche, les auteurs ont interrogé 57 adolescents suicidants sur leur situation socio-

familiale, le niveau d'impulsivité, de souffrance verbalisée et de l'intention de se donner la mort, l'état psychique ainsi que les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide. Les résultats ressortis montrent que 15,8% des jeunes suicidants vivaient dans une situation familiale « perturbée » (divorce, violences conjugales, conflits intra-familiaux). Bien que les récidivistes soient peu représentatifs dans cette étude (deux adolescents ont déclaré avoir tenté à plusieurs reprises de se suicider), les auteurs soutiennent que la prolongation des facteurs de risque, particulièrement les dysfonctionnements intra-familiaux, pourrait augmenter le risque de récurrence chez les adolescents suicidants.

### *3.1.3 L'usage de substances toxiques et les troubles de l'humeur*

L'étude de Berchtold & al., 2005 relève l'importance de l'usage abusif des substances psycho-actives chez les jeunes présentant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Sur les 186 patients de l'échantillon initial, 73 adolescents, soit 39%, ont été identifiés comme souffrant de troubles liés à la poly-consommation. La dépendance à l'alcool et au cannabis étant les plus fréquemment diagnostiquées.

Quant aux troubles de l'humeur, le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) a révélé que 64 % des adolescents souffraient de troubles anxieux (phobie sociale, trouble lié au stress vécu ou anxiété généralisée). En ce qui concerne les désordres affectifs, plus de 78% jeunes présentaient, à leur entrée d'hospitalisation, des symptômes d'ordre de la dépression. Il faut remarquer que les troubles liés à la consommation de produits toxiques et les symptômes d'ordre anxio-dépressifs sont souvent diagnostiqués simultanément; plus de 85% des jeunes inclus dans cette étude présentaient conjointement les signes de ces pathologies.

Selon les auteurs, l'accumulation de ces symptômes avec d'autres facteurs tels que les conflits intra-familiaux et des antécédents de tentatives de suicide

pourrait potentialiser le risque de tentative de suicide chez les non-suicidants et de réitération de l'acte chez les adolescents suicidants.

La relation entre le risque de récurrence et la consommation de produits toxiques ainsi que les troubles de l'humeur de type « dépression » a été aussi illustrée dans l'étude de Choquet & Granboulan, 2004. En effet, les auteurs ont remarqué que les suicidants « récidivistes » de leur échantillon initial (T0 : 557 adolescents) se différenciaient de leurs pairs « primo-suicidants » par des symptômes dépressifs plus intenses (OR 1,8) et par une augmentation de consommation de produits psycho-actifs tels que l'alcool et le cannabis (OR 2.0).

### *3.1.4 Les conduites à risque*

Un autre facteur de risque prédisposant à la récurrence chez le jeune suicidant est la conduite à risque. Les comportements violents, les actes délictueux, les fugues, la prise de toxiques ou les automutilations sont des facteurs pouvant accroître le risque de récurrence.

Selon Ellilä, Haavisto, Helenius, Sourander, & Välimäki, 2002, dont l'étude se base sur 502 enfants et adolescents hospitalisés dans 64 services de psychiatrie ou de pédopsychiatrie en Finlande, les chercheurs ont remarqué une forte corrélation entre les tentatives de suicide et le comportement violent des jeunes patients (OR 7,9). Les auteurs ont également constaté que la problématique de la violence était fréquemment signalée parmi les jeunes inclus dans leur étude ; 135 enfants et adolescents, soit 27% de l'échantillon, ont été signalés comme agressifs. Après ces constatations, les auteurs de cette étude considèrent que le facteur « violence » peut être associé aux tendances suicidaires chez les jeunes et pourrait accroître le risque de tentatives de suicide ultérieures.

Dans l'étude de Bouden, Halayem, M.B., Halayem, S & Othman, 2009, les conduites à risque liées aux tentatives de suicide sont également présentes dans 19,3% des cas dont 9% où les conduites à risque étaient multiples; les fugues et l'automutilation étant les plus significatives. Selon les auteurs, l'augmentation du risque de récurrence serait provoquée par le prolongement et l'accumulation des facteurs, dont les conduites à risque. Il est intéressant de remarquer que certaines conduites à risque telle la prise de toxique était moins observée au sein de l'échantillon de cette étude. En effet, la consommation de toxiques comme l'alcool ou le cannabis est corrélée avec les tentatives de suicide ou de récurrence chez les adolescents (Berchtold & al., 2005 / Choquet & Granboulan, 2004). Selon les auteurs de cette étude, il semblerait que l'implication d'une famille élargie aurait un rôle « protecteur » contre la prise de substances toxiques.

### *3.2 Les pistes d'améliorations proposées afin de réduire le risque de récurrence*

Les pistes d'améliorations proposées par les auteurs des articles retenus pour cette étude ont pour objectif principal la diminution du risque de récurrence chez l'adolescent suicidant. Après la lecture et l'analyse de ces écrits, les pistes d'améliorations ont été classifiées selon ces cinq catégories :

- La nécessité de prévenir la récurrence chez l'adolescent suicidant
- Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire
- Créer une alliance thérapeutique et la non-banalisation de la tentative de suicide
- L'implication de la famille dans le processus de soins
- Une formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants

### *3.2.1 La nécessité de prévenir le risque de récurrence chez l'adolescent suicidaire*

L'ANAES, 1998, a élaboré des *recommandations professionnelles* concernant la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants ; ceci dans le but d'assurer un processus thérapeutique de qualité et de prévenir la survenue de complications, comme la récurrence, chez les jeunes suicidants.

Après une analyse approfondie de 71 articles, les auteurs ont émis plusieurs recommandations concernant :

- L'accueil aux urgences
- La réponse hospitalière
- Le projet de sortie

En ce qui concerne précisément la récurrence chez les adolescents suicidants, les auteurs insistent sur la nécessité de rechercher les éléments faisant craindre à une répétition du geste suicidaire. Une évaluation psychologique, sous la forme d'entretien, devrait être entamée le plus précocement, si possible dans les 24 heures suivant l'entrée à l'hôpital, et les signes pouvant être liés à une récurrence, doivent être recherchés :

- L'intentionnalité suicidaire (mesuré avec l'échelle de Beck)
- Les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide
- L'absence de facteur déclenchant explicite
- Le dépistage de pathologies psychiatriques sous-jacentes, en particulier les états dépressifs
- Les antécédents d'événements traumatisants tels que les abus physiques ou sexuels et la maltraitance
- Les comportements à risque tels que les conduites violentes ou la prise de toxiques

Les objectifs de l'hospitalisation concernant la prévention de la récurrence peuvent se résumer à :

- assurer la sécurité du jeune suicidant
- l'identification des facteurs qui ont amené le jeune à la tentative de suicide
- rechercher les éléments et les conditions nécessaires à la résolution des facteurs de risque.

Selon les auteurs de cette étude, il est important que les soignants prévoient et préparent le projet de sortie avec le jeune. Un suivi thérapeutique structuré et planifié peut accroître l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidant et ainsi diminuer le risque de récurrence.

Afin de comparer la prise en charge de adolescents suicidants dans les unités de soins avec les critères de l'ANAES, deux études ont été incluses dans cette revue de littérature étoffée.

Dans l'article de Bouhnik, Coruble, Dany, Obadia & Prodhon, 2004, les résultats démontrent une insuffisance dans l'évaluation du risque de répétition du geste suicidaire chez les adolescents suicidants inclus dans cette étude. En effet, 41,1 % des jeunes suicidants n'ont pas été évalués selon ce critères de l'ANAES alors qu'un suicidant sur trois a répété l'acte suicidaire durant la période de cette étude. Cela démontre une certaine lacune de la part des professionnels de la santé dans l'appréciation du risque de récurrence chez les jeunes suicidants.

En ce qui concerne la participation de soignants dans la préparation du projet de sortie, seul 52.7% ont préparé la sortie avec leur patient.

Dans l'étude de Casanova, Fanello, Garre, Gerain, Gohier & Parot, 2005, l'évaluation du risque de récurrence n'a été pratiquée chez aucun des participants à cette recherche.

Les constatations de ces deux articles démontrent qu'il existe un réel manque de participation des soignants dans l'évaluation des facteurs de risque pouvant être liés à la récurrence chez l'adolescent suicidant et dans la préparation du projet de sortie avec le jeune suicidant. Une attention toute particulière, au sujet de ces deux éléments, doit être accordée de la part des professionnels de la santé afin de diminuer le nombre de répétition de l'acte chez les adolescents suicidants et d'accroître leur adhésion au suivi thérapeutique extra-hospitalier.

### *3.2.2 Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire*

En constatant les nombreux facteurs de risque pouvant amener le jeune suicidant à une répétition de l'acte, plusieurs auteurs retenus pour cette recherche préconisent une prise en charge interdisciplinaire et multi-focale chez l'adolescent suicidant.

Selon Berchtold & al., 2005, la prise en charge des adolescents suicidants ne devrait pas seulement se focaliser sur l'acte suicidaire en lui-même, mais aussi sur les troubles psychiques et les problèmes socio-familiaux que présentent l'adolescent. Ce procédé thérapeutique nécessite une évaluation approfondie tant au niveau psychiatrique que socio-familiale dans le but de repérer les troubles ou les dysfonctionnements sous-jacents et de procéder à des actions thérapeutiques ciblées et spécifiques. Une collaboration étroite entre les soignants et les professionnels tels que les assistants-sociaux et les intervenants extra-hospitaliers, ainsi que le milieu familial et social de l'adolescent suicidant, s'avère nécessaire pour apporter les éléments indispensables à la résolution de la crise suicidaire et à la diminution des risques de récurrence.

Des conclusions quasi similaires ont été retrouvées dans les études suivantes : Claassenb, Lam, Lee, Rao, Stewart & Wong, 2008 / Ellilä, Haavisto, Helenius, Sourander & Välimäki, 2002 / Bouden, Halayem, M.B., Halayem, S. Othman,

2009 / l'ANAES, 1998 / Choquet & Granboulan, 2004 / Chanez & al., 2002 / Casanova, Fanello, Garre, Gerain, Gohier & Parot, 2005.

Dans cette recommandation, il est intéressant de remarquer que deux articles accordent une « position » particulière aux infirmiers.

Selon Choquet & Granboulan, 2004, l'infirmier peut avoir le rôle de « pivot » dans ce processus thérapeutique en coordonnant les interventions et en étant le « lien » entre l'adolescent suicidant et les différents professionnels impliqués dans le travail interdisciplinaire.

Dans l'étude de l'ANAES, 1998, il est recommandé de désigner un soignant comme étant le « référent » d'un jeune patient suicidant. Celui-ci devrait être un interlocuteur disponible qui organise et coordonne les soins et le suivi personnalisé du jeune suicidant. Ce soignant-référent a pour objectif d'assurer une certaine cohésion à la prise en charge hospitalière et une stabilité du lien thérapeutique entre le jeune et l'équipe interdisciplinaire.

### *3.2.3 Création de l'alliance thérapeutique et la non-banalisation de la tentative de suicide*

Selon Girard & Olbe, 2009, la création du lien thérapeutique et le renforcement de celui-ci sont indispensables à l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidant, au bon déroulement du processus thérapeutique et à la diminution du risque de réitération du geste suicidaire. Cette instauration du lien thérapeutique entre l'adolescent suicidant et le soignant est un processus long et complexe et demande, de la part du soignant, beaucoup de souplesse et de « savoir-faire ». Les résultats de cette étude démontrent que la reconnaissance, la reformulation et la validation de la souffrance chez l'adolescent suicidant, les attitudes rogériennes telles que l'empathie, le non-jugement, l'attitude chaleureuse, la confidentialité et un cadre thérapeutique strict mais malléable, favorisent la création du lien thérapeutique entre le jeune suicidant et le soignant.

Concernant la non-banalisation de l'acte suicidaire, les études telles que *ibid.*, Choquet & Granboulan, 2004 et l'ANAES, 1998 recommandent aux soignants de ne pas banaliser l'acte suicidaire qu'elle que soit le degré de gravité et d'intentionnalité de celui-ci. En effet, la banalisation de la tentative de suicide chez l'adolescent suicidant serait préjudiciable à la création du lien thérapeutique et augmenterait le risque de récurrence.

### *3.2.4 L'implication familiale dans le processus de soins*

L'implication des parents est nécessaire dans le processus thérapeutique de l'adolescent suicidant. Selon Chanez & al., 2002, il est important d'inclure les parents dans le parcours thérapeutique de l'adolescent ayant fait une tentative de suicide. L'objectif de cette implication est d'obtenir du jeune une meilleure adhésion aux soins pendant l'hospitalisation et durant le suivi post-hospitalier. Les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse que l'intégration des parents dans les soins du jeune suicidant pourrait diminuer le risque de répétition du geste suicidaire.

L'étude de Choquet & Granboulan, 2004 approfondit davantage ce point. Selon les auteurs, il est important que les soignants aident les parents à exprimer leur détresse et leur difficulté face à la tentative de suicide de leur enfant. Un soutien doit leur être accordé de la part des professionnels de la santé et leur participation dans les soins est nécessaire pour garantir une continuité des soins adéquate chez le jeune suicidant. L'implication parentale durant le suivi permettrait une diminution des ruptures de soins et une réduction des risques de récurrence chez l'adolescent suicidant.

### *3.2.5 La formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants*

Cette piste d'amélioration, bien qu'elle ne s'applique pas directement sur l'adolescent suicidant et sur son milieu socio-familial, est intéressant à relever. De nombreux auteurs retenus pour cette revue de littérature préconisent une formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants pour les professionnels de la santé. Selon Berchtold & al., 2005, la formation spécialisée devrait permettre aux soignants d'améliorer leurs compétences en ce qui concerne l'évaluation multidimensionnelle de l'adolescent suicidant, une meilleure appréciation des psychopathologies et des troubles socio-familiaux sous-jacents ainsi que des connaissances approfondies concernant les aspects spécifiques de l'adolescence comme le développement psychique, les divers bouleversements liés à cet âge ainsi que les représentations qu'entretiennent les jeunes avec la mort et les tentatives de suicide.

La même recommandation a été illustrée dans l'étude de Anderson, Noon & Standen, 2003. Les auteurs de cet article ont identifié et étudié les perceptions des soignants ainsi que leurs ressentis lors de la prise en charge d'adolescents suicidants. Les résultats démontrent que pour la majorité des soignants interrogés, le manque de connaissance et de compétences spécifiques liées à l'approche thérapeutique des adolescents suicidants a été une source d'angoisse et de frustration dans leur pratique professionnelle. Ce manque de connaissance a pu aussi engendrer, chez les soignants interrogés, le sentiment d'« ineffectivité » de leurs actions. En constatant ces divers témoignages, les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse qu'une formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des jeunes suicidants pourrait améliorer la qualité des soins auprès de ces adolescents.

## 4. Discussion

### *4.1 Critique des articles retenus*

Au total, douze recherches ont été retenues et approfondies pour effectuer cette revue de littérature étoffée. D'un point de vue général, les articles retenus sont de bonne qualité, leurs objectifs sont explicités de manières précises et sont en adéquations avec les résultats obtenus. La description des différentes méthodologies utilisées est satisfaisante. Les implications ainsi que les recommandations formulées par les différents auteurs sont pertinentes et intéressantes pour l'amélioration de la prise en charge infirmière des adolescents suicidants.

Néanmoins, il faut remarquer que certaines recherches comportent des « faiblesses », particulièrement au niveau de l'échantillon choisi. En effet, dans la recherche de Girard & Olbe, 2009, l'échantillon ne comportait que 10 infirmiers. Ce nombre restreint de personnes interrogées rend la généralisation des résultats difficilement applicable à l'ensemble de la profession infirmière.

Dans les recherches d'Ellilä, Haavisto, Helenius, Sourander & Välimäki, 2002 et de Claassenb, Lam, Lee, Rao, Stewart & Wong, 2008, les comportements suicidaires des jeunes ont pu être sous-estimés. Dans la première étude, les questionnaires n'étaient adressés qu'aux médecins responsables de l'hospitalisation des jeunes patients. Cela a pu engendrer une sous-estimation des tendances suicidaires chez ces adolescents du fait de la complexité de ce diagnostic.

Dans la deuxième recherche, il est possible que les idéations suicidaires et/ou les antécédents de tentatives de suicide aient été sous-estimés. Les questionnaires n'étant adressés qu'aux adolescents, il est probable que certains jeunes souffrant d'idéations suicidaires ou ayant des antécédents de tentatives de suicide aient répondu par la négative dans ces deux items. Le phénomène

du tabou du suicide ou la « peur d'en parler » pourrait être les explications de cette sous-estimation.

Un élément qui pourrait être considéré comme une « faiblesse » est la difficulté de suivre les jeunes suicidants ; depuis leur entrée en hospitalisation jusqu'à leur suivi thérapeutique en extra-hospitalier. Comme il a été illustré dans les études de Choquet & Granboulan, 2004 et de Berchtold & al., 2005, de nombreux jeunes, qui ont accepté de répondre aux questionnaires au début de ces études, ont refusé de participer aux questionnaires suivants. Cela a eu comme conséquence, une nette diminution de l'échantillon final, comparé à l'échantillon initial. Les auteurs expliquent ces refus par l'appréhension de certains jeunes suicidants à évoquer une nouvelle fois leurs actes suicidaires antérieurs et par les nombreux « mouvements » liés à cet âge (déménagements, départs des jeunes du domicile familial...).

## *4.2 Mise en lien des résultats avec les cadres de référence retenus*

Dans ce chapitre, je mettrai en lien les différents résultats des recherches retenues avec les cadres de référence cités dans la première partie de cette revue de littérature étoffée. Il faut remarquer que j'utiliserai le pronom « nous » dans le but de désigner l'ensemble de la profession infirmière.

### *4.2.1 La complexité d'une prévention de la récurrence*

Si nous nous référons à la définition du cadre de référence de la prévention, la récurrence peut être considérée comme une « rechute » à un trouble de la santé déjà établi chez l'individu. La prévention de la récurrence pourrait donc être considérée comme une prévention de type « tertiaire ».

Selon l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (2008), la récurrence chez les adolescents suicidants doit être une priorité. Le risque d'une répétition du geste suicidaire doit être évalué et traité par des soins médicaux spécialisés puis suivi d'un soutien psychosocial. Bien avant cette recommandation, l'ANAES (1998) avait insisté sur la nécessité de rechercher les éléments faisant craindre à une récurrence chez l'adolescent suicidant. Cependant, les résultats des études de Bouhnik, Coruble, Dany, Obadia & Prodhon, 2004 et de Casanova, Fanello, S., Garre, Gerain, Gohier & Parot, 2005 nous démontrent que l'évaluation du risque de récurrence chez les jeunes suicidants hospitalisés est peu pratiquée.

Ces constatations nous démontrent qu'il existe une certaine « insuffisance », de la part des soignants, en ce qui concerne la prévention de la récurrence chez les adolescents suicidants. Les auteurs, retenus pour cette revue de littérature, ainsi que la littérature expliquent cette « lacune » par la difficulté, ressentie par les soignants, à procéder à une telle évaluation, en particulier chez les personnes de cette tranche d'âge. En effet, comme l'illustre Haesevoets, 2008, les symptômes ou signes de détresse de l'adolescent suicidant sont généralement diffus et indirects ; ce qui les rendent difficilement objectivables pour le soignant. De plus comme nous l'avons constaté dans la troisième partie de cette revue de littérature, les facteurs de risque pouvant être liés à une récurrence du geste suicidaire ne peuvent être considérés comme une causalité directe mais seulement comme des éléments renforçant la vulnérabilité de l'adolescent suicidant à une répétition de l'acte suicidaire.

C'est donc à partir des indicateurs diffus de l'adolescent et de la présence de ces facteurs de risque « indirects » que nous pouvons suspecter le risque d'une répétition du geste suicidaire.

Cependant, la difficulté de cette évaluation n'explique pas ce manque dans la prévention de la récurrence. Comme le préconisent Bouhnik, Coruble, Dany, Obadia & Prodhon, 2004 et L'ANAES 1998, il est primordial que les soignants

s'impliquent davantage dans la prévention dite tertiaire afin de diminuer le risque de récurrence chez l'adolescent suicidant.

#### *4.2.2 La formation spécialisée*

De nombreux auteurs, retenus pour ce travail, recommandent aux soignants, prenant en charge des adolescents suicidants, de suivre une formation continue afin d'approfondir leurs connaissances en ce qui concerne l'approche thérapeutique de cette population. Selon Berchtold & al., 2005, cette formation permettrait aux professionnels de la santé de posséder ou d'améliorer leurs compétences dans l'évaluation multi-focale du jeune suicidant, leurs aptitudes à repérer rapidement des psychopathologies ou troubles socio-familiaux sous-jacents ainsi qu'un approfondissement des connaissances concernant les spécificités liées à l'adolescence.

Dans le cadre de la prévention de la récurrence, cette recommandation est intéressante. En effet, comment nous, soignants, pouvons procéder à des interventions efficaces sans posséder les connaissances nécessaires sur cette population cible et les compétences requises pour « mettre en route » de telles interventions ? De plus, comme nous l'avons illustré ci-dessus, l'évaluation du risque de récurrence chez l'adolescent est complexe ; cette formation spécifique nous permet d'avoir des connaissances complémentaires afin de pallier à cette difficulté.

D'ailleurs, les résultats de l'étude d'Anderson, Noon & Standen, 2003 nous démontrent que chez la majorité des soignants interrogés, le manque de connaissance et de compétences spécifiques à l'adolescent suicidant a été une source d'anxiété et de frustration dans leur pratique et a porté préjudice à leurs interventions. Une formation spécifique pourrait donc être bénéfique, autant pour l'adolescent que pour le soignant.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des adolescents suicidants et de diminuer le risque de récurrence, la formation spécifique pourrait être un « atout » non négligeable.

#### *4.2.3 L'implication parentale*

Une des actions que nous, soignants, pouvons mettre en place pour prévenir le risque de répétition du geste chez l'adolescent suicidant est d'impliquer les proches de celui-ci dans le processus de soins. Comme l'illustre Girard & Olbe, 2009 et Choquet & Granboulan, 2004, les parents se retrouvent souvent dans le désarroi devant la tentative de suicide de leur enfant. Les sentiments tels que la colère, l'incompréhension, la tristesse et la douleur sont retrouvés chez la majorité des proches. Pour certains d'entre-eux, le fait que leur propre enfant ait voulu mettre un terme à sa vie leur est insupportable et bien souvent ils « banalisent » l'acte suicidaire et désirent « oublier » cet événement le plus vite possible. L'adolescent, ne se sentant pas soutenu par sa famille, sera plus vulnérable à une répétition du geste suicidaire.

L'implication de la famille est donc un élément indispensable dans la prévention de la récurrence chez les jeunes suicidants. Selon *ibid.*, les soignants doivent, à travers une approche empathique, non-jugeante et chaleureuse, apporter un soutien et une écoute aux parents afin qu'ils puissent exprimer librement leurs ressentis et d'éviter le sentiment d'« isolement », souvent exprimé chez les parents. De plus, il est primordial, pour nous, d'insister auprès des proches sur la gravité de l'acte suicidaire du jeune afin d'éviter la banalisation ; ce qui peut être préjudiciable pour l'adolescent comme nous l'avons illustré ci-dessus.

Caillard & Chastang, 2010 ont émis plusieurs recommandations pour les soignants dans le but de favoriser la participation des proches au processus de soins :

- L'évaluation du potentiel suicidaire ou du risque de récurrence doit inclure non seulement le patient et le soignant mais également les proches. Cette recommandation paraît pertinente ; en effet, malgré le lien de confiance que nous pouvons entretenir avec le jeune suicidant, les parents restent les « experts » de celui-ci et pourraient apporter une aide précieuse dans cette évaluation et pallier à la difficulté de celle-ci.
- Démystifier le geste suicidaire afin que les proches perçoivent cet acte non comme une pathologie en soi, une tare ou une fatalité mais comme une réaction humaine face à une situation jugée insupportable par l'adolescent
- Déculpabiliser les parents ; leur faire comprendre que la tentative de suicide de leur enfant n'est pas provoquée par un seul élément déclencheur (conflit entre l'enfant les parents par exemple) mais par une accumulation de difficultés ressenties par le jeune à un moment donné où il s'est senti seul face à ses problèmes. Le fait d'aborder le sujet de l'« isolement » peut permettre aux parents de retrouver une « place » auprès de leur enfant et d'« entrer » dans le processus thérapeutique

Le fait d'inclure les parents dans le processus de soins permet non seulement une prise en charge adéquate de l'adolescent suicidant au cours de son hospitalisation, mais également durant son suivi post-hospitalier. En effet, comme l'avancent Chanez & al., 2002 et Choquet & Granboulan, 2004, l'implication des proches dans le processus thérapeutique permettrait une meilleure adhésion du jeune suicidant à son suivi ; donc une diminution des ruptures de soins et une réduction des risques de récurrence.

En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, *ibid.*, soutient l'importance de créer un lien de confiance entre les soignants et les parents dans le but de les inclure dans le processus de soins et de collaboration afin de trouver des pistes d'actions pour améliorer le bien-être de leur enfant et surtout pour réduire le risque de récurrence.

#### *4.2.4 Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire*

Comme il a été illustré dans la troisième partie de notre travail, de nombreux facteurs peuvent amener l'adolescent suicidant à réitérer son geste. Une prise en charge multi-focale est donc nécessaire afin de diminuer le risque de récurrence. Dans le cadre de la prévention, une remarque dans l'étude de Berchtold & al., 2005 est intéressante à relever : « (...) une tentative de suicide chez un adolescent doit être considérée comme un symptôme consécutif des troubles sous-jacents. Ceux-ci nécessitent un dépistage précoce puis des interventions (...) » (p.446). Cette remarque illustre bien que la prise en charge d'un adolescent suicidant ne devrait pas être uniquement focalisée sur l'acte suicidaire en lui-même mais également sur ces troubles ou facteurs de risque pouvant favoriser la survenue d'une récurrence.

Selon les recommandations formulées par Choquet & Granboulan, 2004, nous devrions prendre en compte les dimensions somatique, psychique et socio-familial de l'adolescent suicidant durant la prise en charge hospitalière. Cette vision, dite « globale », nous permettrait de mettre en évidence les troubles ou les facteurs de risque pouvant faire craindre à une récurrence puis de procéder, en équipe, à des interventions adaptées dans le but prévenir le risque de récurrence.

En ce qui concerne le travail interdisciplinaire, comme nous l'avons illustré dans la troisième partie de ce travail, la constitution des pistes de résolutions des nombreuses problématiques chez l'adolescent suicidant implique la participation des professionnels de différents domaines (médecins, infirmiers, assistants-sociaux, psychologues...). A travers les résultats des recherches retenues pour cette revue de littérature, il nous semble effectivement pertinent d'impliquer d'autres professionnels dans le but de prévenir la récurrence chez l'adolescent suicidant. En effet, les interventions amenant à une diminution de certains facteurs de risque tels le dysfonctionnement familial ou les conduites déviantes nécessitent des compétences, autres que nous possédons, comme celles du domaine social, juridique ou pédagogique. De plus, comme l'illustre Bouden,

Halayem, M.B., Halayem, S & Othman, 2009, le prolongement des facteurs de risque tels que les troubles intra-familiaux ou les conduites à risque favoriserait la récurrence chez les adolescents suicidants. Prenant en compte cette remarque, il nous donc paraît important de faire appel à des professionnels possédant des compétences spécifiques en lien avec ces problématiques dans le but de prévenir le risque de réitération.

Dans ce réseau interdisciplinaire, l'ANAES, 1998, a formulé une recommandation intéressante pour les infirmiers. Celle-ci consiste à désigner un soignant-référent pour chaque adolescent suicidant durant son parcours hospitalier. Cette proposition est pertinente ; en effet, vu le nombre important de professionnels impliqués dans la prise en charge, il semble primordial qu'une personne joue le rôle de « lien » entre le jeune et l'équipe interdisciplinaire. L'infirmier, de par sa présence, par son approche spécifique et surtout par le lien thérapeutique avec l'adolescent suicidant, peut être un professionnel de « premier choix » pour disposer de ce rôle.

#### *4.2.5 Le lien thérapeutique*

Afin de garantir l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidant, non seulement durant l'hospitalisation mais aussi pendant le suivi et de prévenir la récurrence, la constitution d'un lien thérapeutique stable entre l'adolescent suicidant et le soignant est un élément de première importance dans le processus de soins. Selon les résultats de l'étude de Girard & Olbe, 2009, le lien thérapeutique avec le jeune suicidant passe en premier par une reconnaissance de sa souffrance et par l'approche, de type humaniste, adopté par le soignant. De plus, la situation de « crise » dans laquelle se trouvent ces jeunes et l'intensité de leurs émotions ne leur permettent pas ou peu d'exprimer leurs angoisses et leurs besoins aux soignants. C'est donc au soignant, à travers une attitude empathique, non-jugeante, chaleureuse et surtout « contenant » de procurer un sentiment de sécurité au jeune. De plus, une recommandation pertinente faite par plusieurs

auteurs mériterait notre plus grande attention. En effet, afin de permettre à l'adolescent suicidant d'exprimer ses angoisses et ses émotions, les auteurs tels Caillard & Chastang, 2010, Girard & Olbe, 2009 et Choquet & Granboulan, 2004 conseillent aux soignants une technique que nous pouvons définir comme « mettre les mots sur des maux » ou la « reformulation ». Cette technique d'entretien est particulièrement intéressante et pertinente dans le cadre d'une instauration de relation de confiance avec un adolescent suicidant. En effet, le fait de mettre des mots sur la souffrance du jeune, à un moment où celui-ci se trouve dans une situation de crise dans laquelle ses ressentis et sa détresse sont si intenses que le jeune ne sait pas comment les exprimer, permet à celui-ci de prendre peu à peu conscience de ses ressentis, de son acte suicidaire et de briser certains mécanismes de défenses mis en place par le jeune (dénier ou banalisation de la tentative de suicide). Selon ces auteurs, cette technique permet une mise en confiance de l'adolescent afin d'amorcer, avec celui-ci, une relation thérapeutique stable et une co-construction d'un projet de soins.

### *4.3 Réponse à la question de recherche et implications professionnelles*

Les résultats des études retenues pour cette revue de littérature étoffée nous ont permis d'identifier cinq principaux facteurs de risque prédisposant à une répétition du geste chez l'adolescent suicidant :

- *Un ou des antécédents de tentatives de suicide*
- Un « dysfonctionnement » de l'environnement familial
- L'usage de substances toxiques
- Un ou des troubles psychopathologiques sous-jacents
- Les conduites à risque

Bien que ces facteurs ne puissent pas être considérés comme une causalité directe à une récurrence, nous devons prendre en compte leur présence ou les

repérer précocement afin de mettre en place des actions ciblées et adaptées dans le but de diminuer le risque de récurrence.

Concernant les pistes améliorations, proposées par les différents auteurs, dans le but de réduire le risque de récurrence, nous avons retenu les suivantes :

- La nécessité de prévenir le risque de récurrence chez l'adolescent suicidant
- Une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire
- La création d'une alliance thérapeutique et la non-banalisation du geste suicidaire
- L'implication parentale dans le processus de soins
- La formation spécialisée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants

Dans une approche préventive et vu la fréquence élevée des récurrences, nous devrions développer puis mettre en place ces diverses pistes actions dans le but de diminuer, au maximum, le risque de répétition du geste chez les adolescents suicidants.

#### *4.4 Les points forts et les limites de ce travail*

- Au niveau méthodologique, le fait d'avoir retenu douze recherches m'a permis de faire un état des lieux précis des connaissances concernant le phénomène de la récurrence chez les adolescents suicidants.
- Les différentes études retenues pour ce travail proviennent de plusieurs pays dans le monde (Suisse, Finlande, France, Tunisie, Royaume-Uni et Hong Kong - Chine). Cela m'a permis d'avoir une vision « globale » de cette problématique. De plus, les similitudes observées dans ces études démontrent que la récurrence chez les adolescents suicidants est un

problème majeur et international de la santé publique qui nécessite que nous, soignants, s'y intéressons davantage.

- Ma compréhension de la langue anglaise étant approximative ; cela a pu donner lieu à des erreurs d'interprétation
- Le fait que ce soit mon tout premier travail dans le domaine de la recherche est un élément à prendre en considération dans la réalisation de ce Bachelor Thesis.

## 5. Conclusion

En réponse à ma question de recherche, ce travail m'a permis d'identifier les principaux facteurs de risque pouvant amener l'adolescent suicidant à réitérer son geste ainsi des pistes d'améliorations pertinentes pour en diminuer le risque.

Avec l'acquisition des connaissances à travers la littérature et les études retenues pour ce travail, je peux, maintenant, démontrer que le phénomène de la récurrence chez les adolescents suicidants est une problématique complexe et alarmante dans le cadre de la santé des jeunes dans notre société ; du fait de sa fréquence élevée, du risque potentiel de décès, des spécificités de l'adolescent suicidant et des nombreux facteurs de risque sous-jacents lesquelles, comme je l'ai constaté, sont difficilement objectivables.

Dans une approche de prévention de la récurrence suicidaire, il me semble nécessaire et adéquat d'amorcer une réflexion sur notre propre pratique professionnelle et d'approfondir davantage les pistes d'améliorations identifiées afin de diminuer ce risque chez les adolescents suicidants.

### *5.1 Le mot de l'auteur*

Arrivé à la fin de ce travail j'ai pu, comme je l'ai cité ci-dessus, émettre des éléments de réponses à ma question de recherche. Cependant, je pense que des recherches supplémentaires sont encore nécessaires pour cette problématique ; particulièrement en ce qui concerne les pistes d'améliorations. Malgré la pertinence de celles-ci, il me semble nécessaire de procéder à des recherches sur le terrain afin d'évaluer l'efficacité de ces pistes d'améliorations ; celles-ci sont encore bien peu nombreuses selon Choquet & Granboulan, 2004. Ces démarches me semblent indispensables afin que nous puissions avoir des

éléments scientifiquement prouvés et efficaces afin d'améliorer la prise en charge et diminuer le risque de récurrence chez les adolescents suicidants.

## 6. Bibliographie

### *Livres*

- Alvin, P., Deschamps, J-P., Frappier, J-Y., Marcelli, D., Michaud, P-A & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents : Approches – Soins – Préventions*. Lausanne : Payot Lausanne.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Caillard, V. & Chastang, F. (2010) *Le geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Choquet, M. & Granboulan, V. (2004). *Les jeunes suicidants à l'hôpital*. Paris : Médicales et Scientifiques
- Coslin, P.G. (2010). *Ces ados qui nous font peur*. Paris : Armand Colin.
- Dumas, J.E. (2009). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Haesevoets, Y.H. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence – Un autre regard sur la souffrance psychique*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Hanus, M. & Marchal, V. (2006) *Psychiatrie et soins infirmiers*. Paris : Maloine.
- Rufo, M. (2007). *La vie en désordre – Voyage en adolescence*. Paris : Anne Carrière.

### *Articles*

- Abbiati, B., Bolognini, M., Halfon, O., Laget, J. & Plancherel, B. (2006). Evaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents : lien entre

fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 556 - 561

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (1998). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. *Recommandations Professionnelles.*, 1 – 44.
- Anderson, M., Noon, J. & Standen, P. (2003). Nurses and Doctors' perceptions of young people who engage in suicidal baharviou : a contemporary grouded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 587 – 597.
- Berchtold, A., Jeannin, A., Ladame, F., Narring, F., Navarro, C., Perret-Catipovic, M. & Righini, NC. (2005). Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicide ideation. *Swiss Medical Weekly*, 135, 440 – 447.
- Bouhnik, AD., Coruble, G., Dany, L., Obadia, Y. & Prodhon, H. (2004). Pratique de prise en charge des jeunes suicidants en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Santé Publique*, 43, 541 – 550.
- Bouden, A., Halayem, M.B., Halayem, S. & Othman, S. (2008). Profil du suicidant en population clinique : une expérience tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 120 – 125.
- Casanova, E., Fanello, S., Garre, J.B., Gerain, M.C., Gohier, B. & Parot, E. (2005). Evaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers. *Santé Publique*, 17, 265 – 280.
- Chanez, J.M., Dubos, P.F., Halfon, O., Laget, L., Plancherel, B., Schwarz, F. & Staffoni-Donadini, L. (2002). Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud : une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation. *Schweizer Archiv für Neurologie ans Psychiatrie*, 153, 272 – 281.
- Claassenb, C., Lam, T.H., Lee, P., Rao, U., Stewart, S. & Wong, J. (2008). Repeat suicide attempts in Hong kong community adolescents. *Social Science & Medicine*, 66, 232 – 241.

- Ellilä, H., Haavisto, A., Helenius, H., Sourander, A. & Välimäki, M. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. *Journal of Affective Disorders*, 76, 211 – 221.
- Girard, E. & Olbe, G. (2009). « *Laisser-moi ne pas mourir* » ou l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidaire. Travail projet qualité des soins – Programme de spécialisation de soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève.

### *Sites internet*

- Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2008). *Le suicide des enfants et des adolescents en Europe : un grave problème de santé publique* [Page WEB]. Accès: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/FDOC11547.htm> [Page consultée le 10 juin 2010].
- Bureau central d'aide sociale (2008). *Prévention du suicide des jeunes à Genève : état des lieux en 2007*. [Page WEB]. Accès: [http://bcas.ch/documents/Rapport\\_suicide.pdf](http://bcas.ch/documents/Rapport_suicide.pdf) [Page consultée le 11 juin 2010].
- Children Action (2 avril 2008). *Lutte contre le suicide* [Page WEB]. Accès : <http://www.childrenaction.org/data/fr/projets/terrain/geneve.asp> [Page consultée le 13 avril 2010].
- Observatoire suisse de la santé (2008). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008* [Page WEB]. Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.114446.pdf> [Page consultée le 11 juin 2010].
- Office fédéral de la santé publique (2005). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse - Rapport répondant au postulat Widmer* [Page WEB] Accès :

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=fr> [Page consultée le 2 juin 2010].

- Office fédéral de la santé publique (2007). *Prévention et promotion de la santé en Suisse Rapport répondant aux postulats Humbel* [Page WEB] Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07497/07523/index.html?lang=fr> [Page consultée le 3 juin 2010].
- Office fédéral de la Statistique (2010). *Mortalité, causes de décès - Données, indicateurs* [Page WEB] Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> [Page consultée le 15 juin 2010].
- Office fédéral de la Statistique (2009). *Cause de décès en Suisse pour les 15-24 ans en 2007* [Page WEB] Accès : [http://ceps.hugge.ch/infos\\_docs\\_actus/statistiques.html](http://ceps.hugge.ch/infos_docs_actus/statistiques.html) [Page consultée le 12 avril 2010].
- Organisation mondiale de la Santé (s.d.). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* [page Web] Accès : <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index6.html> [Page consultée le 16 juin 2010].
- Organisation mondiale de la Santé (2010). *Suicide prevention* [page Web] Accès : <http://www.who.int/topics/suicide/fr/> [Page consultée le 16 juin 2010].
- Organisation mondiale de la Santé (s.d.). *Les jeunes et la santé – Défi pour la société* [Page WEB] Accès : [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_fre.pdf) [Page consultée le 15 juin 2010].
- Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (2002) *La santé des adolescents, à l'image de la société - Résultats de l'étude sur la santé et les styles de vie des adolescents en Suisse* [Page WEB] Accès : [http://www.presseportal.ch/fr/pm/100005014/studie\\_etude\\_smash\\_2002](http://www.presseportal.ch/fr/pm/100005014/studie_etude_smash_2002) [Page consultée le 12 juin 2010].



## 7. Annexes

*Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même,  
conformément aux directives.  
Les références utilisées dans le travail sont  
clairement nommées et identifiées.*

## **Annexe 1**

### **« Laisser-moi ne pas mourir » ou l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidaire**

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b>	Girard, E. & Olbe, G. 2009
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche</b> <b>Hypothèses</b> <b>Buts de la recherche</b>	But : Comprendre les éléments responsables de la spécificité de la relation entre infirmier et l'adolescent afin de dégager les éléments qui pourraient améliorer l'adhésion des adolescents aux soins Questionnement sur le risque de récurrence du geste suicidaire chez un jeune refusant les soins
<b>Echantillon</b>	10 soignants (7 infirmières et 3 infirmiers) - Caractéristiques de l'échantillon : - Tous les soignants travaillent dans une unité spécialisée dans l'offre en soins des adolescents (UCA ou CTAI) - Ils ont une expérience confirmée dans l'approche ainsi que dans les soins auprès des adolescents suicidants - Ils ont des contacts répétés et directs avec les adolescents en crise ayant commis une ou des tentatives de suicide

<b>Méthodologie</b>	Après avoir établi un guide entretien semi-structuré leur permettant d'organiser leurs thèmes et de structurer le cours des entretiens. Les auteurs ont rencontré leur échantillon en entrevues semi-directives filmées. Le choix de ce type d'entretien paraissait pertinent pour les auteurs car il leur permettait d'obtenir un discours librement formulé par l'interviewé tout en répondant aux questions liées à la thématique de la recherche.
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La totalité des personnes interviewées ont évoqué la présence d'une souffrance de la part des adolescents suicidants. Cette souffrance, liée à une dépression objectivée, avait des origines diverses (difficultés relationnelles avec les parents, problèmes sentimentaux, échecs scolaires...)</li> <li>- Tous les soignants rencontrés reconnaissent l'efficacité de la validation de la souffrance, les attitudes rogériennes, l'écoute active ainsi que la reformulation comme facteurs favorisant l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidant.</li> <li>- La qualité du lien thérapeutique entre le soignant et l'adolescent ainsi que le renforcement de celui-ci favoriseraient l'adhésion aux soins ainsi qu'une diminution du risque de récurrence.</li> <li>- La non banalisation du geste auto-dommageable est d'une importance primordiale dans l'instauration du lien thérapeutique et dans la diminution du risque de récurrence.</li> </ul>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>La récurrence du geste suicidaire et la non-adhésion aux soins reste une problématique majeure dans la prise en charge de l'adolescent suicidant. Dans ce travail, les auteurs ont mis en lumière l'importance de l'instauration du lien thérapeutique entre le soignant et l'adolescent et le renforcement de celui-ci afin de favoriser l'adhésion aux soins et de diminuer les répétitions du geste suicidaire.</p> <p>La collecte des données et l'analyse de celles-ci a permis aux auteurs d'énoncer deux propositions dans le but de favoriser l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidant et diminuer le risque de récurrence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une restitution infirmière reformulée des ressentis de l'adolescent durant les entretiens. Cette reformulation permettrait à l'adolescent de se sentir écouté et reconnu dans sa souffrance et favoriserait l'instauration du lien thérapeutique.</li> </ul> <p>En cas de non-adhésion aux soins, proposer à l'adolescent, des contacts téléphoniques ou par SMS (Short Message Service) sur une courte durée mais reconductible. Le but étant de signifier au jeune la présence d'une personne qui se soucie de son état et qui est disposée à lui offrir une écoute.</p>

<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>Limites de la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre restreint de personnes interrogées</li> <li>- La présence de la caméra a pu provoquer une certaine gêne chez certains participants, ce qui a pu nuire à la spontanéité de leurs discours</li> <li>- La difficulté ressentie par les auteurs de ne pas induire ou suggérer des réponses</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les recommandations des auteurs concernant les éléments favorisant la création du lien thérapeutique (cadre de référence)</li> <li>- Les spécificités d'une instauration d'un lien thérapeutique avec un adolescent suicidant</li> </ul>
--------------------------------	--

## **Annexe 2**

### **Pratique de prise en charge des jeunes suicidants en Provence-Alpes-Côte d'Azur**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Bouhnik, AD., Coruble, G., Dany, L., Obadia, Y. & Prodron, H. 2004
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	But : Evaluer l'adéquation entre les recommandations rédigées par l'Agence Nationale l'Acréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES) concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide et les pratiques de prise en charge des jeunes suicidants accueillis dans les établissements hospitaliers habilités à accueillir des urgences.
<b>Echantillon</b>	391 adolescents, majoritairement des filles (77%), accueillis dans 18 établissements hospitaliers suite à une ou plusieurs tentatives de suicide.  Critère d'inclusions : <ul style="list-style-type: none"><li>- Avoir entre 11 à 25 ans</li><li>- Avoir été hospitalisé suite à une ou plusieurs tentatives de suicide durant la période de l'étude (3 mois)</li></ul>

<b>Méthodologie</b>	<p>La première partie de cette étude consistait en un questionnaire qui a été attribué et rempli par un référent (médecin, psychiatre ou infirmier) responsable d'un ou plusieurs participants. Les questions concernaient les caractéristiques personnelles du patient (âge, sexe, situation familiale, scolaire / professionnelle), les caractéristiques de la tentative de suicide (moyen utilisé, le risque de récurrence et la gravité somatique du geste suicidaire).</p> <p>La deuxième partie de cette étude comportait une évaluation de la prise en charge selon 16 critères définis par l'ANAES. Ceux-ci concernaient la prise en charge hospitalière, la coordination des soins et la préparation à la sortie du patient suicidant.</p> <p>Pour chacun de ces critères, la valeur de « 1 » était attribuée lorsqu'il était réalisé et « 0 » dans le cas contraire. Un score de réalisation de ces critères a été calculé par sommation.</p> <p>La récolte des données a été effectuée à partir des dossiers médicaux des patients et par entretiens avec des personnes responsables des unités de soins</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intoxication médicamenteuse a été le moyen le plus utilisé pour une tentative de suicide, suivi par l'utilisation d'un instrument tranchant</li> <li>- Dans la majorité des actes suicidaires, le pronostic vital n'était pas engagé</li> <li>- Une pathologie sous-jacente a été diagnostiquée chez 206 patients (52,7%)</li> <li>- Un suicidant sur trois a répété l'acte suicidaire durant la période de l'étude (34,8%)</li> <li>- 49,6% des patients suicidants ont quitté l'établissement à moins de 24 heures après l'hospitalisation et 10,7% ont quitté l'hôpital contre avis médical</li> </ul> <p>En ce qui concerne l'adéquation entre les critères l'ANAES et la pratique hospitalière, les résultats obtenus pour les modalités de prise en charge initiale (95,1%) et pour le déroulement de l'hospitalisation (67%) indiquent un bon respect des recommandations formulées par l'ANAES. En ce qui concerne la préparation de la sortie et le suivi post hospitalier et l'évaluation du risque de récurrence, les résultats étaient mitigés (52,7% pour la préparation de la sortie et 58,9 % pour l'évaluation du risque de récurrence). Ces constatations ont suscité des réflexions et des pistes d'améliorations qui seront développées dans le chapitre «discussion et conclusion ».</p>

<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Les auteurs de cette étude ont constaté que les professionnelles de la santé respectaient, dans la majeure partie des cas, les recommandations de l'ANAES. Cependant, certains aspects mériteraient des améliorations et devraient attirer l'attention des soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le manque d'évaluation du risque de récurrence du geste suicidaire : les chercheurs ont constaté que 41,1% des patients n'ont pas été évalués par rapport à ce critère, alors que un tiers de des adolescents suicidants ont réitéré l'acte suicidaire. Les auteurs expliquent cette réalisation moindre par le manque d'outils d'évaluation du risque de récurrence adaptés aux adolescents. La réalisation d'une échelle d'évaluation du risque de récurrence spécialisée aux adolescents suicidants est un projet à mettre en place dans un futur proche.</li> <li>- En ce qui concerne le manque de participation des soignants à la préparation du projet de sortie, les auteurs rappellent que l'absence de préparation pourrait amener l'adolescent suicidaire à rompre avec la continuité des soins en extra-hospitaliers et pourrait augmenter le risque de récurrence. Une plus grande importance doit être mise dans la réalisation du projet de sortie avec l'adolescent et il est important de communiquer entre soignants de l'intra à l'extra-hospitalier afin accroître l'adhésion aux soins de l'adolescent suicidaire.</li> </ul> <p>Concernant les patients sortis avant les 24 heures d'hospitalisation et ceux qui sont sortis contre avis médical, les auteurs réitèrent l'importance de l'implication parentale et la formation spécialisée des soignants concernant la prise en charge de l'adolescent suicidaire.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les recommandations formulées dans le but de diminuer le risque de récurrence : <ul style="list-style-type: none"> <li>o le manque d'évaluation du risque de récurrence</li> <li>o l'importance de l'implication parentale et de la formation spécialisée dans la prise en charge des adolescents suicidants</li> </ul> </li> </ul>

### **Annexe 3**

#### **Evaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Casanova, E., Fanello, S., Garre, J.B., Gerain, M.C., Gohier, B. & Parot, E. 2005
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	But : Evaluer la prise en charge hospitalière des suicidants selon les critères de l'ANAES. Comparer la prise en charge des suicidant dans une unité spécialisée dans la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide à celle d'une unité de médecine non-spécialisée
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 155 patients ont été retenus pour cette étude. Ces personnes étaient hospitalisées suite d'une intoxication volontaire aux médicaments (mode de tentative de suicide retenu), soit dans une unité de suicidologie (68%), soit dans une unité de médecine (32%).</li><li>- Critères d'inclusions :<ul style="list-style-type: none"><li>- être âgé de 16 ans ou plus ;</li><li>- avoir été hospitalisé au minimum 48 heures durant la période de l'étude (7 mois)</li><li>- avoir signé le consentement de participation à l'étude</li></ul></li></ul>
<b>Méthodologie</b>	Les patients participant à l'étude ont été vus en entretien individuel par un unique enquêteur. Durant l'entrevue les patients ont répondu à un questionnaire divisé en cinq catégories: <ul style="list-style-type: none"><li>- 11 items sur l'identité du patient : situation socio-professionnelle, et antécédents psychiatriques et médicaux.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 items sur la prise en charge durant le séjour : parcours hospitalier, mode de prise en charge psychiatrique (médical, paramédical et social)</li> <li>- 10 items sur le projet de sortie : l'évaluation, l'organisation et les modalités de sortie de l'hôpital</li> <li>- 22 items sur l'appréciation de l'hospitalisation : impressions sur le service, appréciations des différents soignants, rapports avec d'autres patients, évaluation des bénéfices de l'hospitalisation</li> </ul> <p>Les données récoltées ont été saisies sur le logiciel EPIINFO v.6 et sur le logiciel SPSS v.9 pour une analyse multi-variée</p> <p>Le test <math>\chi^2</math> a été utilisé pour les variables qualitatives et pour l'analyse des variances pour les variables quantitatives.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur les 155 patients interrogés, 116 étaient des femmes (75%) et 39 des hommes (25%). L'âge moyen des hommes était de 34 ans et celui des femmes 38. Les âges extrêmes étaient de 16 à 89 ans.</p> <p>L'analyse des données récoltées ont révélée une fréquence élevée de pathologies associées tant que psychiatriques et somatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 46% des hommes présentait un trouble organique dont 25% lié à la consommation d'OH</li> <li>- 32% des femmes souffraient d'une pathologie essentiellement endocrinienne (dysthyroïdie ou diabète)</li> <li>- 40% des patients présentaient les symptômes d'une dépression</li> <li>- 44% avaient un suivi psychiatrique antérieur</li> <li>- 60% avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie</li> <li>- 49% des patients avaient au moins fait une tentative de suicide dont la moitié n'ont pas été hospitalisés.</li> </ul> <p><b>L'évaluation du risque de récurrence suicidaire n'a pas été effectuée tant chez patients hospitalisés en unité de suicidologie qu'en unité de médecine.</b></p> <p>Au niveau de la prise en charge par rapport à l'intoxication médicamenteuse, 46% ont reçu du charbon actif et 12% ont nécessité une intubation (2,5% chez les primo-suicidant et 21% chez les récidivistes)</p> <p>Sept patients dont six femmes ont été ré-hospitalisés durant la période de l'étude en raison d'une récurrence. Au niveau de la prise en charge psychique, 97% des patients en unité de suicidologie ont rencontré une infirmière spécialisée en psychiatrie contre 12% en unité de médecine.</p> <p>En général, les patients hospitalisés en suicidologie ont ressenti une amélioration de leur humeur (89%)</p>

	<p>contre 71% en unité de médecine.  14% des patients suicidants en unité de médecine ont ressenti un jugement de la part des soignants contre 4% en unité de suicidologie.  L'organisation pour la prise en charge post-hospitalier s'est fait à 54% pour les suicidant en unité spécialisée et à 13,6% pour les patients en unité de médecine.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Les auteurs de cette étude ont constaté une sur-représentation féminine (65%) de la population suicidante admise au CHU d'Angers durant la période de l'enquête. Ces statistiques obtenues concordent avec celles retrouvées dans la littérature.</p> <p>En ce qui concerne les tentatives de suicide qui n'ont pas été hospitalisées, les auteurs l'expliquent par la difficulté des patients à s'exprimer sur cet acte antérieur et par la banalisation de la gravité du geste suicidaire. Les chercheurs ont relevé une proportion plus importante des patients intubés parmi les suicidants récidivistes, ce qui tend à démontrer la gravité croissante des récidives suicidaires et que celles-ci sont un risque de décès.</p> <p>Après l'analyse données, les chercheurs ont remarqué que l'hospitalisation des suicidants dans une unité spécialisé était plus favorable à celle dans une unité de médecine. En effet, la présence et la disponibilité des soignants, spécialisés dans le domaine de la psychiatrie, leur approche du patient ainsi que la qualité dans la préparation d'un suivi post-hospitalier ont fait que les auteurs de cette étude préconisent une hospitalisation des personnes ayant fait une tentative de suicide dans une unité spécialisée.</p> <p>Pour conclure, les auteurs ont émit un projet pour le futur : le développement d'une unité psychiatrique de liaison, différencié par le lieu des unités de soins somatiques et rassemblant les compétences d'une équipes de professionnels interdisciplinaires (médecins et soignants spécialisée en psychiatrie, assistant-social...)</p>

<p><b>Commentaires personnels</b></p>	<p><i>Limites de la recherche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette recherche présente un biais de recrutement par le fait que deux population n'ont pas été pris en compte : celle qui a été orientée vers un centre de soins spécialisé et celle qui sont restée hospitalisée moins de 48 heures ; s'ajoute à cette dernière population, les patients sortis contre avis médical et les patients du milieu carcéral qui n'ont pas été hospitalisés.</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les éléments de co-morbidités en lien avec la tentative de suicide ou une récurrence</li> <li>- <b>L'absence d'évaluation du risque de récurrence auprès des patients suicidants inclus dans cette étude</b></li> <li>- Le bénéfice d'une prise en charge des patients suicidants par des professionnels spécialisés dans le domaine du suicide</li> </ul>
---------------------------------------	---

## **Annexe 4**

### **Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud : une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Chanez, J.M., Dubos, P.F., Halfon, O., Laget, L., Plancherel, B., Schwarz, F. & Staffoni-Donadini, L. 2002
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	Buts : Préciser les filières de soins, les indications et le rôle de l'hospitalisation en comparant deux groupes : les admissions des patients non-volontaires et celles des patients volontaires, en fonction des trajectoires en amont de l'hospitalisation, de la clinique, du contexte, du vécu de l'hospitalisation par les jeunes, et enfin, de la mise en place du dispositif thérapeutique à la sortie
<b>Echantillon</b>	66 adolescents, âgée de 13 à 18 ans, d'origine vaudoise, hospitalisés dans une structure de soins psychiatrique entre 1998 et 1999.

<b>Méthodologie</b>	<p>La récolte des données a été faite par l'utilisation de différents questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un questionnaire téléphonique au médecin qui a décidé l'hospitalisation du jeune, les questions portaient sur le contexte de l'hospitalisation, le type de relation thérapeutique et la démarche clinique qui a abouti à l'admission du jeune.</li> <li>- Des questionnaires médicaux pour une évaluation clinique à l'entrée et à la sortie du patient comprenant le diagnostic (CIM-10) ainsi que plusieurs échelles d'évaluation (EGF, MADRS, BPRS)</li> <li>- Un questionnaire portant sur les conduites suicidaires de l'adolescent</li> <li>- Une série de questions concernant l'adolescent réalisée par une psychologue indépendante du service de soins et travaillant spécifiquement pour ce projet. Ces questions donnaient des informations sur sa situation personnelle et familiale, les événements de sa vie, l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle, son état de santé et l'intensité de son anxiété, les filières de soins en relation avec l'hospitalisation actuelle ainsi que les antécédents médicaux.</li> <li>- Des questionnaires, le jour de la sortie, concernant l'organisation du suivi thérapeutique, le cadre de vie et l'évaluation du séjour hospitalier.</li> </ul> <p>Les auteurs ont utilisé le test t de Student pour tester les différences entre le groupe « volontaires » et le groupe « non-volontaire ». Le test du <math>\chi^2</math> a été utilisé pour l'analyse des scores d'échelles dans le but de comparer les proportions.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur 66 adolescents, 70% était des filles et 30% des garçons. L'âge moyen des deux groupes était de 16,05 ans. En ce qui concerne les modalités d'admission, 50 étaient en entrée volontaire (76%) et 16 en entrée non-volontaire (24%). Dans le groupe des entrées non-volontaire, une sur-représentation de filles est à signifier (81%). La durée moyenne du séjour hospitalier était de 24 jours dans les deux groupes. Concernant les trajectoires des patients précédant l'admission à l'hôpital (58 répondants), 22 (38%) ont eu recours aux soins ambulatoires (pédiatres, généralistes), 35 (60%) ont consulté un spécialiste (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes), 27 (46%) bénéficiaient d'un suivi régulier et 9% n'avait aucun contact avec les professionnels de la santé.</p> <p>En ce qui concerne les antécédents d'hospitalisations, un quart des patients avaient été hospitalisés dans une structure de soins somatiques et 12% dans une unité de soins psychiatriques.</p> <p>Le médecin qui a décidé de l'hospitalisation est intervenu dans l'urgence dans 48 cas sur 63.</p> <p>La décision de l'hospitalisation de 38 cas a été prise à la fin d'un unique entretien et l'hospitalisation de</p>

	<p>44 cas a été réalisée dans un délai inférieur à 24 heures.</p> <p>Il est important de signifier que la présence des parents lors des entretiens d'admissions n'était que de 62% des cas.</p> <p>Les facteurs justifiant une hospitalisations étaient : la gravité clinique (40 cas), le risque suicidaire (27 cas), l'insuffisance des ressources familiales (14 cas), la violence (8 cas) et l'exclusion sociale (5 cas).</p> <p>Les motifs d'hospitalisations pour les admissions en non-volontaire étaient : les troubles du comportements, le risque suicidaire, un syndrome dépressif majeur, l'anxiété sévère et la décompensation psychotique.</p> <p>La problématique du suicide est à signifier car 27 patients (41%) présentaient, avant ou pendant l'hospitalisation, des conduites suicidaires (20 cas en entrée volontaires et 7 en entrée non-volontaires).</p> <p>Concernant l'adaptation sociale, 41 % des patients présentaient une inadaptation modérée à sévère.</p> <p>Les résultats portant sur l'évolution clinique des patients démontrent une nette amélioration dans 60% des cas dans les deux groupes ; un résultat qui corrobore avec l'auto-évaluation des patients puisque 83 % des adolescents ont ressenti un mieux-être au moment de la sortie.</p> <p>57 adolescents ont donné des informations concernant leur vécu de l'hospitalisation, les résultats démontrent un manque d'informations données aux patients dans le but de se préparer au séjour. Il est important de noter que la relation soignant-soigné était jugée satisfaisant dans les 2/3 des répondants.</p> <p>15 % de l'échantillon ont estimé n'avoir pas pu prendre part à la préparation de leur sortie de manière satisfaisante, soit de n'être pas sorti au bon moment, soit de n'avoir pas reçu suffisamment d'informations.</p> <p>Concernant le suivi thérapeutique à la sortie, ils sont 62 à avoir accepté un traitement individuel post-hospitalier (4 refus), 12 patients ont été orientés vers une autre structure de soins (centres de jour...)</p> <p>Pour 20 patients, l'organisation de la sortie a été faite sans la participation des proches.</p> <p>En ce qui concerne le traitement médicamenteux, 25 patients n'avaient pas de traitement à leur sortie, 16 recevaient des neuroleptiques, 10 des antidépresseurs, 7 des thymorégulateurs et 6 des anxiolytiques. Sur les 16 patients en entrée non-volontaires, ils sont 7 à approuver la nécessité de poursuivre leur traitement après leur sortie d'hôpital, 6 ont pensé le contraire et 3 n'ont pas répondu.</p>
--	--

<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Cette étude décrit le profil clinique, les filières de soins et certaines caractéristiques des adolescents hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques. Les résultats démontrent la gravité clinique et l'aspect aiguë des symptômes pour les admissions des deux groupes. Cependant, les symptômes sont plus prononcés pour les patients admis en entrée non-volontaires mais s'améliorent au fur et à mesure de l'hospitalisation.</p> <p>L'adaptation sociale est mauvaise dans la moitié des cas et significativement plus mauvaise chez les patients en entrée non-volontaire.</p> <p>Pour conclure, les auteurs de cette recherche insistent sur l'importance de créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent, l'implication des parents dans le but d'obtenir du jeune, une compliance thérapeutique pendant l'hospitalisation et durant le suivi post-hospitalier. La transmission des informations de qualité est importante pour assurer au jeune ainsi qu'aux parents, une alliance thérapeutique durable. L'organisation des structures de soins spécialisées intra et extra-hospitalier, différenciées mais reliées entre elles permettraient, selon, les auteurs, une prise en charge de qualité des adolescents.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévalence des comportements suicidaires chez les adolescents hospitalisés</li> <li>- Les recommandations formulées par les auteurs (implication parentale dans le processus de soins et l'instauration du lien thérapeutique avec le jeune et ses parents)</li> </ul>

## **Annexe 5**

### **Evaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents : lien entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Abbiati, B., Bolognini, M., Halfon, O., Laget, J. & Plancherel, B. 2006
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	Objectifs : <ul style="list-style-type: none"><li>- mieux cerner les modes d'évaluations actuels du risque suicidaire.</li><li>- Envisager l'introduction d'un guide d'aide pour l'évaluation du potentiel suicidaire dans un milieu de pédopsychiatrie ambulatoire et hospitalier.</li></ul> Vérifier s'il y a des différences entre les différents soignants face au risque suicidaire et si les moyens d'évaluation utilisés sont considérés comme étant adéquats.
<b>Echantillon</b>	62 soignants (24 hommes et 38 femmes) travaillant dans quatre unités de soins d'un service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : un centre thérapeutique de jour pour adolescents, une consultation ambulatoire, une unité de pédopsychiatrie de liaison et une unité d'hospitalisation.  La répartition des professions : 18 médecins, 16 psychologues, 16 infirmières et 12 assistants sociaux, enseignants spécialisés ou logopédistes.

<b>Méthodologie</b>	<p>Ce projet a été mené par deux psychologues qui ont collaboré à l'élaboration du questionnaire. Celui-ci, sous la forme d'un entretien individuel de 45 minutes, comportait dix questions : deux questions ouvertes, cinq à choix multiples et trois questions fermées. Le questionnaire était centré sur l'Evaluation du Potentiel Suicidaire (EPS) et regroupait des questions sur les thèmes suivants : le nombre, la durée, la satisfaction des moyens actuels à disposition pour l'évaluation du risque suicidaire, le moment adéquat pour aborder la thématique du suicide et enfin, les moyens et les éléments d'évaluations. Une échelle de type Likert a été utilisée pour la récolte des informations concernant les thèmes de la fréquence, de la durée et de la satisfaction concernant l'EPS.</p> <p>L'analyse des données récoltées a été réalisée à partir des tests Chi<sup>2</sup>, des tests non-paramétriques et des coefficients de Spearmann et du logiciel SPSS v.13.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les données récoltées démontrent que ce sont les infirmiers (3,59), suivi des médecins (3,11) qui utilisent le plus souvent l'EPS. La durée de l'évaluation varie, en général, entre 15 à 30 minutes. Les caractéristiques de l'adolescent suicidant prises en compte lors de l'EPS ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les caractéristiques personnelles (psychopathologies, antécédents de tentatives de suicide, facteurs liés à la personnalité, à la cognition et au biologique.)</li> <li>- Les caractéristiques familiales : antécédents familiaux de comportements suicidaires, présence de psychopathologies, divorces, qualité des relations parents-enfants</li> <li>- Les circonstances de vie difficiles : événements stressants, abus physiques/sexuels pendant l'enfance</li> <li>- Les facteurs socio-environnementaux : statut social, économique, difficultés scolaires / professionnels</li> </ul> <p>En ce qui concerne le moment de l'évaluation, aucun soignant n'ont répondu « jamais », un tiers des professionnels ont répondu « toujours » et un autre tiers « régulièrement », trois soignants ont, cependant, répondu qu'il ne faut seulement aborder le thème du suicide chez le jeune que s'il y a risque de tentative de suicide.</p> <p>Face à un jeune présentant un risque suicidaire, deux tiers des soignants approuvent la nécessité de l'EPS, cependant, sept ont répondu que l'EPS n'est nécessaire que s'il y a suspicion d'idées suicidaires.</p>

	<p>En règle générale, les soignants sont plutôt satisfaits des moyens mis à disposition pour l'évaluation du risque suicidaire, les trois moyens les plus utilisés sont : la discussion en équipe, les entretiens et les colloques.</p> <p>Les moyens souhaités sont un guide d'entretiens et une formation spécialisée (mentionnés par trois quart des soignants), les autres réponses étant l'utilisation supplémentaires d'échelles d'évaluations, davantage de personnel infirmier et les entretiens à deux soignants.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Après avoir récoltés et analysés les résultats, les auteurs ont remarqué que l'évaluation du potentiel suicidaire était une problématique préoccupante pour les soignants. En effet, ils sont plus de deux tiers à avoir utilisé l'EPS, entre une à dix fois, lors de la prise en charge des adolescents. Une constatation est à soulever : plus la fréquence de l'utilisation de l'EPS est haute, plus la durée est écourtée. Les auteurs expliquent ce résultat par la maîtrise de l'outil d'évaluation ou par une disponibilité différente, en temps, des différents professionnels.</p> <p>Les éléments prises en compte lors de l'évaluation portent surtout sur les facteurs de risque d'un éventuel passage à l'acte : psychopathologies objectivées, antécédents de tentatives de suicide, problèmes familiaux, événements de vie difficiles et l'environnement socio-professionnel. Cependant, les auteurs différencient les facteurs de risque aux facteurs d'urgence comme le niveau de souffrance et de désespoir, la culpabilité, l'impulsivité, le degré d'intentionnalité et la létalité des moyens envisagés. Néanmoins, les chercheurs reconnaissent la difficulté de distinguer ces différents facteurs même s'ils s'accordent à dire que le facteur d'urgence reste le plus critique.</p> <p>Une remarque des soignants est à souligner : le peu de temps mis à leur disposition pour évaluer le potentiel suicidaire. Pour les chercheurs, la disponibilité est un élément important, surtout en ce qui concerne les soins auprès des adolescents.</p> <p>En conclusion, les auteurs de cette recherche mettent en avant l'utilité d'une formation complémentaire en ce qui concerne la prise en charge des adolescents présentant un comportement suicidaire ainsi que la mise en place d'un outil qui complétera l'évaluation du potentiel suicidaire chez les jeunes.</p>

<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>Limites de la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs n'ont pas pris en compte le rôle de l'expérience professionnelle des soignants et la désirabilité sociale des professionnels comme source de biais des réponses.</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance d'évaluer le risque suicidaire chez les adolescents hospitalisés</li> <li>- les différentes caractéristiques à prendre en compte durant cette évaluation</li> <li>- la recommandation d'une formation spécialisée</li> </ul>
--------------------------------	---

## **Annexe 6**

### **Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) 1998
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	Objectifs : fournir aux praticiens une synthèse du niveau preuve scientifique existant de l'opinion d'experts sur les aspects cliniques et de santé publique d'un sujet de pratique professionnelle.  - Elaboration des recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants en répondant à trois problématiques principales : - <b>l'accueil aux urgences</b> - <b>la réponse hospitalière</b> - <b>le projet de sortie</b>
<b>Echantillon</b>	71 recherches / articles
<b>Méthodologie</b>	La revue de littérature étoffée à été choisi comme méthodologie par l'ANAES pour concevoir ce projet. Les banques de données interrogées ont été : Medeline, HealthSTAR, PsycINFO, Mental-Health Abstracts, Pascal et Cochrane. La période de recherche a été effectuée entre 1986 à juin 1998.

	<p>Les stratégies de recherche concernaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La recherche des recommandations de pratique clinique, de conférences de consensus, d'analyse de décisions, de revues de la littérature et de méta-analyses au sujet du suicide chez l'adolescent.</li> <li>- La prévention primaire et secondaire du suicide chez les adolescents</li> <li>- L'épidémiologie du suicide chez les adolescents</li> <li>- Les facteurs du suicide chez les adolescents</li> <li>- L'attitude du personnel soignant face aux suicidants</li> <li>- Le suivi thérapeutique après une tentative de suicide chez l'adolescent</li> </ul> <p>Après la phase de lecture, l'élaboration des recommandations a été effectuée par un groupe de travail selon les modalités de gradations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les recommandations de grade A : fondées sur une preuve scientifique établie par des études de haut niveau de preuve</li> <li>- Les recommandations de grade B : fondées sur une forte présomption scientifique, fournie par des recherches de niveau de preuve intermédiaire</li> <li>- Les recommandations de grade C : établies sur des études de faible niveau de preuve</li> <li>- Un accord professionnel entre les personnes du groupe de travail à été explicité pour les recommandations en absence de précisions sur leurs grades A, B ou C</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<p>Après l'étude des recherches récoltées, le groupe de travail de l'ANAES a établi des recommandations regroupées en trois axes : la prise en charge des adolescents suicidants aux urgences, la prise en charge hospitalière suivant la période de soins aux urgences et le suivi ultérieur.</p> <p><b>1) la prise en charge des adolescents suicidants aux urgences :</b> La qualité de l'accueil et des premiers contacts avec le jeune suicidant peuvent garantir une bonne continuité des soins et une adhésion thérapeutique de la part de l'adolescent. Il est important de présenter, à l'adolescent, chaque soin effectué et d'adopter une attitude favorisant un climat de confiance, d'empathie et de proximité relationnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être entamée durant la période de soins aux urgences</li> </ul>

- *L'évaluation somatique* consiste à évaluer, dans un premier temps, la gravité immédiate ou différée de l'acte suicidaire, elle définit les traitements ainsi que les surveillances à adopter pour la suite des soins. Dans un second temps, l'évaluation se porte sur l'état général du patient, l'état nutritionnel, les co-morbidités ainsi que le développement pubertaire.
- *L'évaluation psychologique* doit être effectuée dès que l'état somatique ou la vigilance du patient le permet. Il consiste à recueillir les premières plaintes psychiques, à l'étude du contexte de crise, à la recherche d'une pathologie psychiatrique potentielle et à la recherche des éléments faisant appréhender une récurrence du geste suicidaire à court terme (intentionnalité suicidaire, antécédents de tentatives de suicide, présence de pathologies psychiatriques, abus physiques ou sexuels, conduites violentes ou comportements à risque et consommation de toxiques).  
Il est primordial d'inclure les proches de l'adolescent suicidant durant cet examen afin de recueillir des informations complémentaires sur le patient et de s'informer sur leur propre vécu, leurs difficultés ainsi que leurs plaintes.
- *L'évaluation sociale* consiste à préciser le contexte social de l'entourage, à clarifier la situation scolaire ou professionnelle du patient ainsi que son niveau d'adaptation. L'assistant-social peut aussi alerter les cas d'abus sexuels ou de maltraitements aux autorités compétentes.

**2) la prise en charge hospitalière suivant la période de soins aux urgences :** l'hospitalisation doit se dérouler dans une unité apte à recevoir les adolescents et reconnue pour sa compétence à prendre en charge cette population.

- Il n'y a pas de règles concernant la durée optimale de l'hospitalisation mais la durée d'une semaine est conseillée.
- Les soins somatiques et psychiques doivent être amorcés simultanément dès l'admission du patient dans l'unité.

**3) Le suivi ultérieur :** la préparation de la sortie doit être prévue et préparée avec un soignant et le patient lui-même. Elle doit être adaptée à chaque cas particulier.

- Une coordination et une information réciproque doivent être établies entre les soignants de l'intra et de l'extra-hospitalier.

L'ensemble de ces actions doit garantir une bonne qualité du suivi, l'adhésion aux soins de l'adolescent et une diminution du risque de récurrence.

<p><b>Discussion et conclusion</b></p>	<p>Ces recommandations s'appliquent aux adolescents suicidants de 11 à 20 ans et peuvent être étendues jusqu'à 25 ans. Elles s'adressent surtout aux acteurs de la prise en charge de l'adolescent suicidant mais aussi aux autres professionnels appelés à rencontrer cette population.</p> <p>Plusieurs éléments sont à retenir de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attitude des soignants dans les premiers contacts avec l'adolescent suicidant qui déterminera le niveau d'adhésion aux soins du patient durant son processus thérapeutique</li> <li>- L'importance de la triple évaluation (somatique – psychologique – sociale).</li> <li>- L'importance d'inclure les proches du patient dans le processus thérapeutique.</li> <li>- Une tentative de suicide chez un adolescent ne doit jamais être banalisée au risque d'une rupture du lien thérapeutique et d'un risque d'augmentation de la récurrence.</li> <li>- La prise en charge d'un adolescent suicidant doit se faire dans un lieu adapté avec des soignants compétents dans ce domaine.</li> </ul> <p>La préparation de la sortie est primordiale afin de garantir un suivi adéquat et de s'assurer de l'adhésion de l'adolescent.</p> <p>En conclusion, les auteurs insistent sur une prise en charge multi-focale et interdisciplinaire, une souplesse, une stabilité ainsi qu'une disponibilité de la part des équipes soignantes impliquées dans la prise en charge de l'adolescent suicidant.</p> <p>Les auteurs soulèvent aussi l'importance d'une formation spécialisée et sur des moyens supplémentaires au niveau du personnel soignant afin de permettre une prise en charge optimale des adolescents suicidants.</p>
<p><b>Commentaires personnels (en lien avec ma problématique)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le choix de cette revue de littérature me paraît adéquate car elle englobe l'ensemble du parcours thérapeutique de l'adolescent suicidant et l'identification des facteurs de risque à une récurrence ainsi que les différentes recommandations pour diminuer ce risque.</li> <li>- De plus, deux recherches incluses dans ce travail (Casanova, Fanello, Garre, Gerain, Gohier &amp; Parot, 2005 / Bouhnik, Coruble, Dany, Obadia &amp; Prodhon, 2004) ont été effectuées sur la base de cette étude.</li> </ul>	

## Annexe 7

### Les jeunes suicidants à l'hôpital

<b>Auteurs Année de publication</b>	Choquet, M. & Granboulan, V. 2004
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative et quantitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	<p>Six objectifs de recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser des facteurs de risque de la tentatives de suicide chez les adolescents</li> <li>- Mesurer le risque de récurrence</li> <li>- Etudier la prise en charge des suicidants</li> <li>- Confronter plusieurs points de vue sur une même réalité : l'hospitalisation</li> <li>- Suivre le devenir des suicidants à la sortie de l'hôpital</li> <li>- Aborder les suicidants et le suivi avec une double approche : épidémiologique et clinique</li> </ul>
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 557 adolescents ayant répondu au questionnaire T0</li> <li>- 281 adolescents ayant répondu aux questionnaires T0 et T1</li> <li>- <b>158 adolescents</b> ayant répondu aux questionnaires T0, T1 et T2</li> </ul> <p>Critères d'inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- être âgé de 12 à 24 ans</li> <li>- avoir été hospitalisé suite à une et plusieurs tentatives de suicide dans les neuf centres hospitaliers retenus pour mener à bien cette recherche (Caen, Chartres, Dijon, Tours, Lagny-Marne-La-Vallée, Laval, Remiremont, Valenciennes et Vannes)</li> </ul> <p>Avoir rempli un formulaire de consentement pour les patients majeurs ou rempli par les parents pour les mineurs.</p>

<b>Méthodologie</b>	<p>Trois questionnaires ont été distribués à T0 (le jour précédent la sortie de l'hôpital) : un pour les médecins, un pour les jeunes patients et le dernier pour les parents de ceux-ci.</p> <p>Le questionnaire « médecins » (QM T0) ⇒ 744 formulaires : les 150 questions de ce sondage concernaient l'état du patient à l'arrivée de l'hôpital, l'acte suicidaire, la prise en charge et les propositions de suivi à la sortie. L'échelle de Beck a été inclus dans ce questionnaire.</p> <p>L'auto-questionnaire pour les jeunes (QJ T0, 245 questions) portait sur la situation personnelle du patient (scolaire, sociale, relationnelle et psychologique), l'état de sa santé (physique, psychique, comportements à risque et consommation de produits toxiques). Les échelles Spielberger (mesure de l'anxiété) et de Kandel (mesure de la dépression) ont été inclus dans ce questionnaire.</p> <p>L'auto-questionnaire « parents » (QP T0, 58 questions) interrogeait les parents sur l'acte suicidaire de leur enfant, leurs perceptions de l'hospitalisation, du suivi et du soutien de leur entourage.</p> <p>A T1 (trois mois après la tentative), 281 adolescents et 178 parents ont accepté de répondre à ce questionnaire.</p> <p>Le questionnaire destiné aux jeunes (QJ T1, 77 questions) comportait des questions sur la prise en charge post-hospitalier, leurs perceptions concernant l'hospitalisation, leur état de santé et leur devenir.</p> <p>Celui des parents (QP T1, 36 questions) portait sur leurs perceptions de l'acte suicidaire, de l'hospitalisation de leur enfant et sur l'état de santé de celui-ci.</p> <p>A douze mois après la sortie de l'hôpital (T2), 180 jeunes et 123 parents ont répondu au dernier questionnaire de cette étude.</p> <p>Le questionnaire pour le jeune (QJ T2, 144 questions) portait sur leur état (scolaire, santé somatique et psychique), le suivi et leurs souvenirs de l'hospitalisation.</p> <p>Le questionnaire destiné aux parents (QP T2, 36 questions) comprenait des questions sur leurs perceptions actuelles de l'acte suicidaire, sur leurs craintes d'un éventuel passage à l'acte et sur leurs opinions concernant l'état du jeune.</p> <p>Les données ont été analysées avec les logiciels SAS et BMDP.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Au niveau des facteurs de risque, les résultats démontrent que les jeunes suicidants sont en « souffrances » à différents niveaux (scolaire, familial, psychologique / somatique, comportemental et relationnel). En résumé, les jeunes suicidants ont une vision négative de la scolarisation (28% des</p>

	<p>garçons suicidants ne sont pas solarisés), ils jugent leur environnement familial « tendu » ou « à fuir », la majorité d'entre eux ont vécu soit une rupture sentimentale ou une agression sexuelle ou physique. Les auteurs remarquent aussi une grande proportion d'adolescents suicidants ayant eu des relations homosexuelles dans l'échantillon (12% contre 1,5% dans la population générale).</p> <p>Au niveau somatique, ils sont plus de la moitié (52%) à avoir des troubles récurrents de sommeil et 82% sont considérés comme cliniquement déprimés. Une donnée intéressante concerne la fugue. En effet, 30% des adolescents avaient des antécédents de fugue contre 4% de leurs pairs non-suicidants. La fugue peut être considérée comme étant une conduite d'évitement comparable à une tentative de suicide selon les auteurs.</p> <p>En ce qui concerne le risque de récurrence, les résultats montrent que les récidivistes ne sont pas différents au niveau familial et social que les primo-suicidants. Cependant, les chercheurs ont remarqué que les symptômes de la dépression étaient plus importants chez les récidivistes. De plus, ils présentent une accumulation de « troubles » qui les différencient des primo-suicidants : la polytoxicomanie, une présence plus importante de fugues ou de comportements délictueux ainsi qu'une impulsivité plus importante. L'accumulation de ces éléments augmenterait considérablement le risque d'une récurrence.</p> <p>Du point de vue de l'hospitalisation et de la prise en charge, les jeunes sont, en règle générale, satisfaits de leur séjour et des soins procurés (88% des patients ont le sentiment d'avoir été bien soignés). Cependant, 37% ont déclaré avoir ressenti un jugement de la part des soignants durant leur hospitalisation. Le traitement des adolescents consiste à l'utilisation de médicaments et d'une psychothérapie. Cependant, les chercheurs ont remarqué des différences de prise en charge entre les suicidants mineurs et les suicidants majeurs. Ces derniers bénéficiaient moins de consultations « psy », la durée de leur séjour hospitalier était plus courte et la préparation à la sortie était de moins bonne qualité que pour les patients suicidants mineurs.</p> <p>En ce qui concerne le suivi post-hospitalier, les résultats confirment la difficulté qu'ont les adolescents suicidants à poursuivre le processus thérapeutique une fois sorti de l'hôpital. En effet, 51% de l'échantillon ne se sont pas présentés au suivi ambulatoire, pourtant organisé durant les derniers jours de</p>
--	---

	<p>l'hospitalisation. Ce non-suivi est argumenté par les adolescents par une appréhension de parler de leur geste suicidaire antérieur.</p> <p>Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte concernant le suivi post-hospitaliers : la qualité de la prise en charge hospitalière, la qualité du « lien » entre l'adolescent et le soignant, les facteurs comportementaux, la psychopathologie du jeune ainsi que l'âge et le sexe du patient.</p> <p>Au niveau épidémiologique, les chercheurs ont remarqué une prédominance féminine (79%) chez les jeunes suicidants. Cependant, ce sont les garçons qui sont plus nombreux à mourir d'une tentative de suicide; d'où un paradoxe entre la sur-morbidité féminine et la sur-mortalité masculine. Les auteurs expliquent ce fait par l'utilisation des moyens plus « létaux » (armes à feu ou défenestration) par les adolescents dans le but d'attenter à leur vie.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Cette étude a permis une meilleure connaissance sur les spécificités des adolescents suicidants et sur la prise en charge intra et/ou extra-hospitalier dans sa globalité. Le fait d'avoir retenu un échantillon conséquent (158 adolescents « dispatchés » dans neuf centres hospitaliers) a permis aux chercheurs d'élaborer de nombreuses pistes d'améliorations concernant la prise en charge d'un adolescent suicidant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une formation spécialisée dans l'approche des adolescents suicidants est fortement recommandée, tant pour l'acquisition ou la consolidation du savoir-faire ou savoir-être face à un adolescent suicidant que pour renforcer la confiance des soignants appelés à prendre en charge cette population.</li> <li>- La nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire et multi-focale</li> <li>- L'importance du rôle infirmier, lorsque celui-ci possède des connaissances sur les aspects psychiatriques, psychopathologiques et dans les soins procurés à l'adolescent suicidant. Le soignant peut joué un rôle de « pivot » dans la prise en charge en coordonnant les interventions complémentaires par exemple.</li> <li>- L'implication parentale est indispensable pour garantir la mise place d'un projet thérapeutique de qualité concernant l'adolescent suicidant et à assurer l'adhésion aux soins de celui-ci.</li> <li>- La nécessité d'entreprendre des recherches scientifiques concernant la prise en charge des adolescents suicidants. En effets, de nombreux écrits concernent les facteurs du risque de suicide</li> </ul>

	<p>mais peu concernent réellement la prise en charge hospitalière ainsi que l'efficacité des pistes d'améliorations.</p> <p>Malgré la difficulté à prédire une récurrence de l'acte suicidaire, il est nécessaire de prendre en compte les facteurs liés à la récurrence (antécédents de tentatives de suicide, troubles psychopathologiques objectivés, l'accumulation des conduites à risque et les facteurs socio-familiaux) dans le but de mesurer et de diminuer ce risque.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ensemble des recommandations illustré ci-dessus</li> <li>- Les spécificités des adolescents suicidants-récidivistes</li> <li>- La « place » de l'infirmier dans la prise en charge des adolescents suicidants (pivot)</li> </ul>

## **Annexe 8**

### **Repeat suicide attempts in Hong kong community adolescents**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Claassenb, C., Lam, T.H., Lee, P., Rao, U., Stewart, S. & Wong, J. 2008
<b>Type d'étude</b>	Etude quantitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	But : Identifier et évaluer les facteurs qui potentialisent le risque de récidence chez les adolescents suicidants
<b>Echantillon</b>	1099 adolescents (66,7% de filles et 33.3% de garçons), âgés de 12 à 18 ans et d'origine Hong Kongaise. Tous les adolescents participant à l'étude étaient étudiants dans les différentes écoles de cette ville.
<b>Méthodologie</b>	<p>Un questionnaire (T1) a été distribué et rempli par l'ensemble de l'échantillon. Ce sondage comprenait des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les données personnelles de la personne (âge, sexe, situation scolaire...)</li><li>- la situation familiale : état matrimonial des parents, niveau des relations entretenues par le jeunes avec ses parents ou ses frères / sœurs (mesuré avec une échelle de Likert), niveau d'éducation des parents et situation financière.</li><li>- Etat psychique : présence de symptômes anxio.dépressifs (mesuré avec le Center for Epidemiological Studies Depression Scale) et le niveau de détresse.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation de substances telles que l'alcool, tabac, drogues...</li> <li>- Situation sociale : aspects relationnels avec les amis, niveau du stress et antécédents d'événements stressants</li> <li>- Présence d'idéations suicidaires ou d'antécédents de tentatives de suicide.</li> </ul> <p>Une deuxième enquête (T2 : 12 mois après T1) comportant les mêmes questions a été distribuée aux adolescents dans le but d'étudier la potentialisation des facteurs de risque de la récurrence chez les jeunes ayant fait une tentative de suicide à T1.</p> <p>Les données statistiques ont été mesurées avec le logiciel SPSS 11.0.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur les 1099 adolescents interrogés, 24 ont déclaré avoir tenté de se suicider au moment du questionnaire T1. Neuf d'entre eux affirment avoir essayé à plusieurs reprises de mettre fin à leurs jours.</p> <p>Lors de la deuxième enquête (T2 ⇒ 12 mois après T1), 49 jeunes ont déclaré avoir tenté de mourir et 21 ont indiqué avoir fait plusieurs tentatives de suicide.</p> <p>Dans la majeure partie des cas de récurrence, la présence d'antécédents de tentatives de suicide, une insuffisance dans les relations familiales ou des conflits intra-familiaux, les symptômes anxio-dépressifs, les idéations suicidaires et le stress subi par le jeune ont été considérés comme facteurs prédisposant à la récurrence du geste suicidaire.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Cette étude a permis l'identification des facteurs de risque concernant la récurrence de l'acte suicidaire, une situation familiale conflictuelle, l'augmentation des événements stressants, la présence d'idéations suicidaires et des antécédents de tentatives de suicide sont les facteurs potentialisant le risque de récurrence.</p> <p>Il est primordial pour les professionnels de la santé de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs et de procéder à des interventions multi-focales dans le but de réduire le risque de récurrence.</p>

<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>Limites de la recherche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il est probable que certains jeunes souffrant d'idéations suicidaires ou ayant des antécédents de tentative de suicide aient répondu par la négative dans ces deux items. Le phénomène du tabou du suicide pourrait expliquer cette sous-estimation</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des facteurs de risque prédisposant à une récurrence chez les adolescents suicidants (conflits familiaux, antécédents de tentatives de suicide, symptômes anxio-dépressifs...)</li> <li>- Recommandation pour diminuer ce risque : prise en charge multi-focale</li> </ul>
--------------------------------	--

## **Annexe 9**

### **Profil du suicidant en population clinique : une expérience tunisienne**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Bouden, A., Halayem, M.B., Halayem, S. & Othman, S. 2009
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	But : Décrire le profil clinique et environnemental des patients suicidants consultant un service de pédopsychiatrie - Repérer les facteurs de risque, de gravité et de récurrence suite à une tentative de suicide
<b>Echantillon</b>	57 adolescents (43 filles et 14 garçons), âgés pour la majorité de plus de 12 ans (84%). Ces adolescents étaient suivis ou hospitalisés au service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Razi (Tunisie) entre janvier 2005 et décembre 2008 pour une ou plusieurs tentatives de suicide
<b>Méthodologie</b>	La méthodologie utilisée pour ce projet était une étude rétrospective descriptive. L'ensemble de l'échantillon a été soumis à un examen psychiatrique classique puis à un questionnaire semi-structuré. Celui-ci comportait des questions sur les données socio-économiques et familiales du patient, des antécédents personnels ou familiaux de dépression ou de tentatives de suicide. En ce qui concerne l'acte autolytique chez les adolescents, ils ont été interrogés sur leurs symptômes psychiatriques (recrudescence des symptômes psychiatriques), présence d'un état d'agitation de stress

	<p>précédant l'acte.</p> <p>La dangerosité du geste suicidaire et l'urgence de celui-ci ont été évaluées selon 3 critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'intensité de la souffrance verbalisée par le suicidant (niveau de désespoir et les éléments protecteurs à l'avenir).</li> <li>- Le désir de mort (absence du désir de mourir, ambivalence ou le désir « net » de mourir)</li> <li>- L'impulsivité (absence d'impulsivité ou comportement impulsif).</li> </ul> <p>L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel SPSS v.13.</p> <p>Le test non paramétrique de Spearmann a été utilisé pour l'analyse des corrélations.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les résultats démontrent que plus de la moitié des jeunes suicidants vivaient dans une situations socio-économique précaire (66,7%)</p> <p>Le parcours scolaire était « normal » pour 47,4% des patients, cependant, 29.8% avait un retard scolaire et 21,1% était dans une situation d'échec.</p> <p>L'idéation suicidaire était présente à 31,6% et 41 % des jeunes étaient diagnostiqué comme « dépressifs » à l'entrée de leur hospitalisation.</p> <p>Les conduites à risque ont été relevées à 19,3% des cas ; il s'agissait surtout de fugue (7%) et/ou de consommation de toxiques ou d'actes d'automutilations (2%). Ces comportements à risque étaient multiples dans 9% des cas.</p> <p>Les facteurs de risque environnementaux ont été évalués à 70,2% des cas donc 28,1% où les facteurs de risque étaient multiples. Les éléments les plus représentatifs étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les perturbations du fonctionnement intra-familiales (15,8%),</li> <li>- les antécédents familiaux de tentatives de suicide ou de dépression (10,5%)</li> <li>- la maltraitance (physique, psychique, sexuelle) (8%)</li> </ul> <p>Concernant les caractéristiques de la tentative de suicide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un facteur déclencheur était responsable de l'acte suicidaire à 80,7%. Le facteur le plus fréquent était un conflit entre le jeune et ses parents (35,1%)</li> <li>- Les autres éléments déclencheurs étaient : l'échec scolaire (7%), conflits entre pairs (5.3%), violence subie (5,3%) et problèmes conjugaux influençant le jeune (5%).</li> </ul> <p>L'intoxication médicamenteuse était le moyen le plus utilisé pour la tentative de suicide (55%) suivi par l'ingestion de substances caustiques (12%), la défenestration (9%) et la pendaison (9%). Le recours aux</p>

	<p>moyens « violents » (pendaison, défenestration) était plus fréquent chez les garçons.</p> <p>Au niveau des manifestations psychiques précédant l'acte, 16% des suicidants se trouvaient dans un état de stress ou d'agitation (16%) ; 5,3% ont ressenti une aggravation de leurs symptômes psychiatriques.</p> <p>La présence d'un trouble psychique (dépression, trouble de la personnalité...), l'impulsivité, les facteurs familiaux et environnementaux ont été corrélés à la tentative de suicide .</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>57 adolescents ont consulté ou ont été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie en seulement quatre ans. Ce taux est nettement inférieur par rapport à l'augmentation des tentatives de suicide chez les jeunes depuis ces dernières années. Les auteurs expliquent ce phénomène par tabou et la honte que véhicule la l'acte suicidaire dans la société. De plus, la banalisation de l'acte suicidaire par la famille et par l'adolescent lui-même explique la rareté du recours aux services hospitaliers.</p> <p>La présence d'un trouble psychique, les facteurs de risque familiaux, le stress et l'impulsivité ont été corrélé à la tentative de suicide chez le jeune. De plus, la multiplicité de ces facteurs entraînent une aggravation du pronostic : augmentation de la dépression, des idéations suicidaire et du désir de mourir donc un risque accru de récurrence à l'avenir.</p> <p>Ces nombreux facteurs de risque sont à prendre en considération par le personnel soignant et ne doivent en n'aucun cas être banalisés car le prolongement de ces facteurs augmente le risque de récurrence du geste suicidaire chez les adolescents.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le prolongement des facteurs de risque comme le dysfonctionnement intra-familial, les troubles psychiques sous-jacents ou les comportements violents augmente le risque de récurrence chez les adolescents suicidants</li> <li>- La non-banalisation du geste suicidaire</li> <li>- La recommandation d'une prise en charge multi-focale</li> </ul>

## **Annexe 10**

### **Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Ellilä, H., Haavisto, A., Helenius, H., Sourander, A. & Välimäki, M. 2002
<b>Type d'étude</b>	Etude quantitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Etudier la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les enfants et/ou adolescents hospitalisés pour une pathologie psychiatrique dans les différents hôpitaux finlandais.</li><li>- Identifier les facteurs de risque associés à la suicidalité chez les patients hospitalisés.</li></ul> <p>Hypothèse :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les caractéristiques démographiques, le diagnostic, le traitement et le vécu d'évènements sont-ils associés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide ?</li></ul>
<b>Echantillon</b>	502 enfants et adolescents hospitalisés dans 64 services de psychiatrie ou de pédopsychiatrie. L'âge des patients a été classifié en deux groupes : les patients ayant moins de 13 ans et ceux entre 13 et 18 ans.

<b>Méthodologie</b>	<p>Les psychiatres référents des jeunes patients ont répondu à un questionnaire contenant des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'âge et le sexe du patient</li> <li>- la composition familiale</li> <li>- le diagnostic</li> <li>- le traitement</li> <li>- la présence de comportement violent</li> <li>- le niveau d'agressivité (mesuré avec la Spectrum of Assaultive Behaviour Scale)</li> <li>- le niveau de fonctionnement fonctionneme nt général (mesuré avec l'échelle Children's Global Assessment CGAS)</li> <li>- la présence et la gravité du comportement suicidaire (mesurée avec la Spectrum of Suicidal Behaviour Scale)</li> <li>- les tendances suicidaires (pas de tendance suicidaire, idéation ou menace de suicide et tentative de suicide)</li> <li>- les antécédents de tentative de suicide</li> <li>- les modalités d'hospitalisation (volontaire ou non-volontaire)</li> <li>- le vécu des évènements traumatisants (abandon, violence(s) conjugale(s), abus physique ou sexuel...)</li> </ul> <p>Les diagnostics tels que les Tocs (trouble obsessionnel compulsif), la toxicomanie, l'handicap mental, le trouble bipolaire, le mutisme, les trouble de la personnalité et l'énurésie ont été exclus de l'étude car le nombre des patients souffrant de ces pathologies était insignifiant à des fins statistiques.</p> <p>L'analyse des statistiques a été réalisée avec le test de <math>\chi^2</math> et quantifiée avec les odds ratios (OR). Le système SAS pour Windows a été utilisé pour les calculs statistiques.</p>
---------------------	---

<b>Résultats</b>	<p>Dans le groupe des jeunes ayant moins de 13 ans, 99 ont déclaré avoir des idées suicidaires et dix ont essayé d'attenter à leur vie dont neuf étaient de sexe masculin.</p> <p>Parmi les jeunes de 13 à 18 ans, 83 avaient des idéations suicidaires et 43 ont eu des antécédents de tentatives de suicide. Le nombre de tentative de suicide chez les jeunes filles de 13 à 18 ans est plus important que chez leurs pairs masculins du même âge (36 cas contre 7 cas). Il faut noter que les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans le groupe des jeunes de 13 à 18 ans que celui des moins de 13 ans (43 contre 10).</p> <p>Les résultats démontrent que la prévalence des tentatives de suicide parmi les jeunes hospitalisés était élevée (25%).</p> <p>Concernant les facteurs de risque associés aux idéations suicidaires ou aux tentatives de suicide, les résultats démontrent que le comportement violent est un facteur de risque prédisposant aux comportements suicidaires chez ces jeunes (OR 2,3 pour les idéations suicidaires et OR 7,9 pour les tentatives de suicide). Il faut noter que le comportement violent est l'un des facteurs les plus fréquents rencontrés parmi les jeunes patients de cette étude (27%).</p> <p>La dépression ainsi que les troubles du comportement sont aussi liés à la suicidalité des jeunes. (OR 2,2 pour la dépression et OR 1,9 pour les troubles du comportement).</p> <p>Les facteurs liés au traitement et aux modalités de celui-ci par rapport à la suicidalité des jeunes patients ont été la durée du séjour (plus de 90 jours <math>\Rightarrow</math> OR 2) et à l'entrée non-volontaire du jeune (OR 5,1).</p> <p>En ce qui concerne les événements de vie traumatisants la violence domestique (OR 2,7) était le facteur le plus fréquemment rencontré lors de la prise en charge des adolescents hospitalisés en psychiatrie.</p>
------------------	--

<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Les résultats de cette étude démontrent que les idéations suicidaires ainsi que les tentatives de suicide sont fréquents chez les jeunes. Les facteurs de risque prédisposant aux idéations suicidaires ou aux tentatives de suicide sont les symptômes dépressifs, les troubles du comportement, la violence, les antécédents d'évènements traumatisants ainsi que les traitements non-volontaires.</p> <p>Dans cette étude, près de la moitié de la population étudiée ont présenté des idéations suicidaires ou ont tenté de se suicider. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes de 13 à 18 ans, particulièrement chez les filles.</p> <p>Après l'analyse de ces données et en prenant en compte les nombreux facteurs précipitant l'idéation suicidaire ou la tentative de suicide chez le jeune, les auteurs préconisent une prise en charge multi-focale. Un tel processus thérapeutique doit comprendre un travail complet avec la famille et le réseau social du patient ainsi qu'une équipe interdisciplinaire. Le résultat de ce processus doit être la diminution de l'idéation suicidaire ainsi qu'une réduction des risques de récives du geste suicidaire.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>Limites de la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les questionnaires ont été seulement adressés aux cliniciens responsables de l'hospitalisation, cela a pu engendrer une sous-estimation des tendances suicidaires des jeunes patients du fait de la complexité de ce diagnostic.</li> <li>- Les jeunes patients n'ont pas été interrogés, cela a pu causer une sous-estimation des comportements suicidaires.</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identification des facteurs de risque en lien avec la tentative de suicide (comportements violents...)</li> <li>- Les pistes d'améliorations proposées (prise en charge multi-focale et interdisciplinaire)</li> </ul>

## **Annexe 11**

### **Nurses and Doctors' perceptions of young people who engage in suicidal baharviou : a contemporary grouded theory analysis**

<b>Auteurs Année de publication</b>	Anderson, M., Noon, J. & Standen, P. 2003
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative
<b>Question de recherche Hypothèse Buts de la recherche</b>	But : identifier et étudier les perceptions et les ressentis des soignants lors de la prise en charge des adolescents suicidants
<b>Echantillon</b>	45 professionnels de la santé (infirmiers et médecins) spécialisés dans les domaines de l'urgence somatique, de la pédiatrie et de la psychiatrie.  Précisions concernant le lieu d'exercice des soignants : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>urgences somatiques</b> : 15 infirmiers et 14 médecins</li><li>- <b>médecine pédiatrique</b> : 6 infirmiers et 2 médecins</li><li>- <b>psychiatrie</b> : 7 infirmiers et 1 médecin</li></ul>
<b>Méthodologie</b>	L'ensemble de l'échantillon a été vu en entretiens semi-directifs. Ces interviews, d'une durée de 40 minutes, étaient enregistrées sur une bande sonore puis re-transcrites par les auteurs.

<b>Résultats</b>	<p>Les résultats obtenus concernent les perceptions et les ressentis des soignants (infirmiers et médecins) lors de la prise en charge des adolescents suicidants. Deux grandes catégories et des sous-catégorisations ont été établies dans le but d'illustrer ces résultats.</p> <p>La première catégorie concerne les expériences de frustrations dans la pratique des soignants lors de la prise en charge des adolescents suicidants. Ces expériences frustrantes sont le résultat d'un manque de temps et de ressources pour amorcer et améliorer la relation avec les jeunes qui se sont engagés dans des comportements suicidaires. A la suite de ce constat, trois sous-catégorisations ont été réalisées pour mieux comprendre ce sentiment.</p> <p><i>Les situations non-thérapeutiques</i> : selon les soignants, le manque de temps et de ressources ont eu une influence « négative » lors les interactions avec les jeunes patients. Cette influence négative est accentuée par le fait que les soignants (selon leur spécialisation) n'ont pas toujours les compétences pour entrer en relation avec les jeunes suicidants ; cela a provoqué des situations non-thérapeutiques lors de la prise en charge. De plus, les environnements hospitaliers ne sont pas toujours propices en ce qui concerne l'entrée en relation avec un jeune suicidant ; celle-ci nécessite un lieu calme, garantissant la sécurité du jeune et surtout la confidentialité des propos tenus ainsi qu'une disponibilité des professionnels. Cela est difficilement réalisable, aux urgences par exemple, compte tenu de la disposition des lieux et de la charge de travail des soignants.</p> <p>La deuxième sous-catégorisation concerne le sentiment « <i>d'inefficacité</i> » des interventions soignantes. Dans ce point, les soignants expriment leur impuissance et l'« inutilité » de leurs actions face aux jeunes suicidants non-adhérents aux soins. Ces jeunes persistent dans leurs comportements suicidaires malgré les efforts et les actions mise en place par les soignants pour les mettre « hors de danger ».</p> <p>La dernière sous-catégorisation s'intéresse à <i>la valeur de la vie</i> selon les adolescents suicidant et les soignants. Le fait de vouloir achever sa vie à un âge précoce semble difficilement acceptable pour les soignants. Pour la majorité des soignants interrogés, le fait de prendre en charge un jeune suicidant semble incompatible avec leur rôle de « gardien de la vie ». Cela a engendré des frustrations et des jugements de la part des soignants face à ces jeunes.</p>
------------------	---

	<p>La deuxième catégorie des résultats (stratégie des soignants concernant les jeunes suicidants) s'intéresse à la nature des compétences nécessaires pour prendre en charge les jeunes après une tentative de suicide. Deux sous-catégories ont été établies pour développer ces résultats.</p> <p><i>Les compétences spécialisées dans les soins</i> : la complexité de la prise en charge des adolescents suicidants nécessite des compétences et des interventions spécifiques dans le but de comprendre et d'évaluer le comportement suicidaire du jeune et de déterminer les actions thérapeutiques à entreprendre. Pour la majorité des soignants de l'échantillon, le manque de connaissance et de formation dans l'approche thérapeutique chez les adolescents suicidants a été une source d'angoisse et de frustration dans leur pratique clinique</p> <p><i>Les réflexions sur sa propre expérience</i> : dans le but d'améliorer leurs compréhensions du comportement suicidaire chez les jeunes et des nombreux facteurs influençant cette conduite. Les soignants ont comparé leur adolescence à celles des patients. Cette réflexion a reflété l'insuffisance de soutien social et familial chez l'adolescent suicidant et l'instabilité de la situation socio-familiale dans laquelle se trouve le jeune.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Cette étude a permis l'identification des perceptions et des ressentis des soignants lors de la prise en charge des adolescents suicidants. Pour la majeure partie des soignants, le manque de temps, de ressources et de connaissances a eu un impact négatif sur l'efficacité de leur offre en soins auprès de cette population.</p> <p>Selon les chercheurs, il est primordial pour les professionnels de la santé de disposer d'« outils » efficaces telle qu'une formation supplémentaire pour entrer en communication avec le jeune suicidant et pour accompagner ces patients dans leur processus thérapeutique dans le but de prévenir tout autres tentatives de suicide à l'avenir.</p>

<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La recommandation d'une formation spécialisée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des adolescents suicidants et diminuer le risque de récurrence</li> </ul>
--------------------------------	--

## **Annexe 12**

### **Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicide ideation**

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b>	Berchtold, A., Jeannin, A., Ladame, F., Narring, F., Navarro, C., Perret-Catipovic, M. & Righini, NC. 2005
<b>Type d'étude</b>	Etude qualitative et quantitative
<b>Question de recherche</b> <b>Hypothèse</b> <b>Buts de la recherche</b>	But : identifier les caractéristiques socio-démographiques et le profil de santé psycho-somatique des adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide ou à des idéations suicidaires.  Questionnement : <ul style="list-style-type: none"><li>- Prévalence des troubles psychiques chez les adolescents suicidants ou souffrant d'idéations suicidaires</li><li>- Définir le nombre d'adolescents de l'échantillon bénéficiant d'un suivi post-hospitalier</li><li>- Identifier le pourcentage de récurrence suicidaire auprès de l'échantillon choisi pour cette étude.</li></ul>
<b>Echantillon</b>	186 adolescents, âgés de 16 à 21 ans, hospitalisés suite à une tentative de suicide ou à des idéations suicidaires à T0 (48h suivant l'entrée à l'hôpital) - A T1 (six mois après la sortie de l'hospitalisation), 134 adolescents (66%) ont été retenus pour la suite de l'étude et 127 (62%) ont participé à la phase finale de la récolte des données à T2 (dix-huit mois suivant la sortie)

	<p>Les critères d'inclusions étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maîtrise de la langue française</li> <li>- Etre domicilié dans les régions genevoise ou dans le canton de Vaud</li> <li>- Ne souffrant d'aucun retard mental</li> </ul> <p>Les services de soins retenus dans cette étude ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les départements de psychiatrie pour adultes du canton de Vaud et de Genève</li> <li>- deux services de soins pour adolescents, un à Lausanne et l'autre à Genève.</li> </ul> <p>Le service de soins aux adolescents de Genève est spécialisé dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants</p>
<b>Méthodologie</b>	<p>A T0, les 186 adolescents de l'échantillon initial ont été vus par deux psychologues, responsables de la récolte des données, en entretiens semi-directifs. Celui-ci comprenait un descriptif psychosocial du patient ainsi qu'un questionnaire de santé.</p> <p>Durant les entretiens, les adolescents ont été interrogés sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les données démographiques</li> <li>- la situation socio-familliale</li> <li>- les antécédents d'évènements stressants</li> <li>- l'usage des toxiques (tabac, alcool, drogues)</li> <li>- la perception de la santé et de l'image corporelle</li> <li>- la présence de troubles du comportement (violence, délits, fugues...)</li> <li>- la présence de conflits ou de troubles au sein de la famille</li> <li>- les antécédents de tentative de suicide ou d'idées suicidaires</li> <li>- les antécédents d'hospitalisations suite à ce comportement suicidaire ou pour d'autres causes</li> </ul> <p>L'évaluation psychopathologique a été réalisée avec la version française du <i>Mini International Neuropsychiatric Instrument</i> (MINI). Cette évaluation prend en charge les diagnostics tels que les troubles affectifs, les troubles anxieux ou psychotiques, l'usage excessif de substances psycho-actives, les troubles alimentaires ainsi que les troubles de la personnalité de type antisocial.</p> <p>Les chercheurs ont été formés par un membre de l'équipe, à l'origine du développement de cette</p>

	<p>version française du MINI, dans le but d'utiliser celle-ci de manière adéquate.</p> <p>A T1 (six après la sortie de l'hôpital), 134 adolescents ont accepté de poursuivre l'étude. Des entretiens semi-directifs ont été convenus et les items des interviews ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la perception de l'hospitalisation</li> <li>- la nature (somatique ou psychologique) et la fréquence du suivi post-hospitalier</li> <li>- le style de vie adopté</li> <li>- la situation socio-familliale et professionnelle</li> <li>- l'évaluation selon le MINI</li> </ul> <p>A T2 (dix huit mois après la sortie), la même procédure a été réalisée pour les 127 adolescents qui ont accepté la phase finale de la récolte de données.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Parmi les 186 patients inclus à T0, 63% ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide et 37% suite à des idéations suicidaires.</p> <p>Le nombre de filles était majoritaire par rapport à celui des garçons (149 contre 37).</p> <p>Concernant les antécédents d'évènements stressants, les réponses les plus fréquentes étaient : l'échec scolaire ou professionnel (37%), les ruptures sentimentales (36%), les conflits familiaux (34%), un changement dans les conditions de vie (26%). Il n'y a pas de différences significatives entre les jeunes suicidants et ceux souffrant d'idéations suicidaires dans ce critère.</p> <p>36% (44% de filles et 3% de garçons) ont déclaré avoir subi des actes de violence (agressions, abus physique ou sexuel).</p> <p>En ce qui concerne l'usage de substances psycho-actives, 73% ont déclaré consommer du tabac régulièrement dont 65% plus de vingt cigarettes par jour. 75% ont déjà consommé de l'alcool dont 24 % hebdomadairement ou quotidiennement.</p> <p>33% ont déclaré avoir une consommation fréquente de substances illicites (cannabis) et 48% ont consommé cette drogue au cours du mois précédant l'hospitalisation.</p> <p>Parmi les 149 filles de l'échantillon initial, 32 ont connu la grossesse dont 14 ont fait appel à une IVG, 5 ont eu une fausse couche et 3 sont devenues mères. Une adolescente était enceinte lors de l'étude.</p> <p>Concernant les troubles du comportement, 35 adolescents ont eu des problèmes au niveau juridique</p>

	<p>dont 12% (27% de garçons et 8 % de filles) ont été condamné à des peines non précisées. 81 adolescents avaient des antécédents de fugues au cours des années précédentes.</p> <p>Au niveau du suivi psychothérapeutique avant l'hospitalisation, 27,5% était suivi par un spécialiste pour tentative de suicide et 47% pour des idéations suicidaires.</p> <p>Selon les résultats de l'évaluation MINI, 169 adolescents (91%) souffraient d'au moins un trouble psychique au moment de T0 ; les plus fréquents étant la dépression, les troubles anxieux et l'usage abusif de substances toxiques. Il faut remarquer que parmi les 169 patients diagnostiqués, 85% souffraient de deux voire plusieurs psychopathologies simultanément.</p> <p>En ce qui concerne les antécédents de comportements suicidaires, 53% ont déclaré avoir commis des tentatives de suicide dont environ la moitié (48%) avaient nécessité une hospitalisation. Le pourcentage de d'actes autolytiques antérieurs était plus élevé chez les filles que chez les garçons (57% contre 35%). Les moyens utilisés étaient l'intoxication médicamenteuse (55%).</p> <p>Au niveau du suivi post-hospitalier et de la récurrence des tentatives de suicide, sur 134 adolescents interrogés à T1, 14 ne bénéficiaient d'aucun suivi, 23 étaient suivi de façon irrégulière et 89 étaient suivi régulièrement.</p> <p>A T2, 29 adolescents (sur 127) n'avaient pas de suivi entre T1 et T2, 26 suivaient une thérapie de façon irrégulière et 72 étaient suivis régulièrement.</p> <p>Au cours des 18 mois de la recherche, 18% des adolescents contactés soit à T1 ou à T2 avaient réitéré la tentative de suicide depuis T0 (21 à T1, 16 à T2). Il faut noter que sept adolescents ont récidivé entre T0 à T1 et entre T1 à T2. Par ailleurs, deux adolescents sont décédés suite à leurs tentatives de suicide au cours de cette étude.</p>
<b>Discussion et conclusion</b>	<p>Les résultats de cette étude confirment l'importance des facteurs liés aux tentatives de suicide ou aux idéations suicidaires tels que les comportements violents, les conflits intra-familiaux ainsi que des événements stressants antérieurs. Les chercheurs ont aussi remarqué qu'un antécédent de tentative de suicide augmentait fortement le risque de récurrence ultérieure (18% des adolescents de cette étude ont retenter de se suicider à T1 et/ou à T2 depuis T0). Cette constatation concorde avec la majeure partie de la littérature.</p> <p>L'évaluation du MINI a démontré que 91% des jeunes interrogés souffraient d'au moins une psychopathologie ; les plus fréquent étant la dépression, les troubles anxieux et la toxicomanie. Ce</p>

	<p>constat révèle l'importance de la co-morbidité chez les adolescents présentant un comportement suicidaire.</p> <p>Un nombre important d'adolescents (env.90%) suivait une thérapie après la sortie de l'hôpital. Ce pourcentage élevé est encourageant quant à la poursuite des soins chez les adolescents suicidants, cependant, l'irrégularité du suivi chez certains nuance quelque peu cette constatation.</p> <p>Fort de ces résultats et observations, les chercheurs préconisent une prise en charge non focalisée exclusivement au niveau de l'acte suicidaire, mais également sur les troubles psychiques et problèmes socio-familiaux sous-jacents dans le but d'éviter la récurrence. Cette prise en charge nécessite une évaluation psychiatrique et socio-familiale approfondie ainsi que l'adaptation des soins suite à cette appréciation.</p> <p>L'augmentation de la durée d'hospitalisation chez les adolescents présentant un comportement suicidaire est aussi recommandée. En effet, ce temps supplémentaire permettrait aux soignants, d'une part de procéder à cette évaluation approfondie ainsi que l'adaptation des soins, d'autre part, il permet aux patients et à ses parents de surmonter la phase de « banalisation » du geste suicidaire. Le lien thérapeutique pourrait aussi être renforcé grâce à l'augmentation du temps d'hospitalisation.</p> <p>En ce qui concerne le personnel soignant, les auteurs recommandent une formation spécifiée dans l'approche thérapeutique des adolescents suicidants ou présentant des idées suicidaires. Cette formation doit permettre aux professionnels de la santé de procéder à une évaluation multidimensionnelle de l'adolescent suicidaire, de détecter rapidement les psychopathologies et les troubles socio-familiaux sous-jacents ainsi que des connaissances approfondies sur les spécificités des adolescents et des ressources extra-hospitaliers pouvant fournir une assistance non-négligeable dans ce genre de situation.</p>
--	---

<b>Commentaires personnels</b>	<p><i>Limites de la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les chercheurs n'ont pas eu accès aux dossiers médicaux des jeunes non-participants à l'étude. Ils n'ont donc pas pu identifier les éléments qui différencient les adolescents participants à ceux qui n'ont pas souhaité prendre part à cette étude.</li> <li>- Un nombre important d'adolescents (76) n'ont pas souhaité être interrogé à T1 ou à T2 en argumentant une crainte de discuter des sujets « douloureux ».</li> </ul> <p><i>En lien avec ma problématique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identification des facteurs de risque pouvant être liés à une récurrence (antécédents de tentatives de suicide, psychopathologies sous-jacentes, consommation abusive de toxiques)</li> <li>- Les recommandations formulées par les auteurs (prise en charge multi-focale et interdisciplinaire, formation spécialisée)</li> </ul>
--------------------------------	--

## **Critiques des recherches retenues**

### **Recherche n° 1**

Les buts de la recherche sont clairement explicités et sont en adéquation avec les résultats. La méthodologie est bien décrite et argumentée. Les chercheurs ont pris en compte les expériences des interviewés. Les limitations sont formulées de manières précises. L'échantillon est restreint pour une généralisation des résultats.

### **Recherche n° 2**

La méthodologie et la population ciblée sont bien décrites, l'objectif de la recherche est en lien avec les résultats obtenus. Les limites de l'étude ne sont pas exposées.

### **Recherche n° 3**

Les objectifs de la recherche sont clairement exposés, la méthodologie ainsi que l'échantillon est bien décrite. Les limites de la recherche sont présentées et les résultats obtenus sont en accord avec les buts énoncés. Néanmoins, la population ciblée comprend toutes les tranches d'âges.

### **Recherche n° 4**

La méthodologie est décrite de manière satisfaisante, les objectifs sont décrits et le lien entre ceux-ci et les résultats est adéquat. Cependant, le nombre exact de filles et de garçons de l'échantillon aurait pu être précisé.

### **Recherche n° 5**

Excellente description de la méthodologie, les objectifs de la recherche sont clairement explicités et sont en adéquation avec les résultats. La description de la population aurait pu être affinée (précision sur le lieu d'activité). Les limites de la recherche sont absentes.

### **Recherche n° 6**

La description des buts et de la méthodologie est complète. Les résultats sont en concordance avec les objectifs. Le fait d'avoir émis des recommandations sur la globalité du processus thérapeutique de l'adolescent suicidant a rendu cette recherche particulièrement intéressante. Les limites de l'étude sont absentes.

### **Recherche n° 7**

Les objectifs de la recherche sont clairement explicités et sont en adéquation avec les résultats obtenus. La méthodologie est bien définie. Les implications professionnelles sont adéquates. La diversité des éléments étudiée a donné un aspect complet et pertinent à cette étude. Les limites sont absentes.

### **Recherche n° 8**

L'objectif de la recherche est bien défini. La description de la méthodologie est satisfaisante malgré une certaine difficulté à sa compréhension. Les résultats sont en adéquation avec l'objectif. La discussion et la conclusion auraient pu être développée davantage. Les limites de la recherche ne sont pas décrites.

### **Recherche n° 9**

La méthodologie est décrite de manière correcte, les objectifs de l'étude sont bien définis. Excellent développement des résultats. La discussion et la conclusion sont pertinentes et satisfaisantes malgré une pauvreté dans les implications professionnelles.

### **Recherche n° 10**

Bonne description de la méthodologie, les objectifs sont bien définis et sont en adéquation avec les résultats. La discussion est complète et les implications professionnelles sont pertinentes.

### **Recherche n° 11**

Les objectifs sont clairement définis, la méthodologie est décrite de manière satisfaisante. Très bonne transcription des résultats. Le fait d'avoir identifier les ressentis et perceptions des soignants lors de la prise en charge des adolescents suicidants rend cette étude particulièrement intéressante mais les implications professionnelles auraient mérité d'être plus étoffées.

### **Recherche n° 12**

Excellente description de la méthodologie, les objectifs de l'étude sont clairement explicités et sont en concordance avec les résultats. La diversité des éléments étudiés ainsi que les implications professionnelles qui en découlent sont pertinentes et intéressantes pour la pratique.