

***L'accompagnement infirmier de l'adolescent
qui s'automutile vers une transition saine***

Travail de Bachelor

BAYONA Christelle

N° matricule 15494875

THIBAULT Maeva

N° matricule 15496144

VALGUARNERA Maria

N° matricule 04595575

Directrice : Bourson Bénédicte - Chargée d'enseignement HES-SO
Membre du jury externe : Ducourant Olivier - Infirmier spécialisé en santé mentale et
psychiatrie

Genève, juillet 2018

DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 27 juillet 2018

BAYONA Christelle

THIBAULT Maeva

VALGUARNERA Maria

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement Madame Bénédicte Bourson, notre directrice de travail de Bachelor, pour son soutien, son accompagnement, sa gentillesse, ses conseils éclairés et le temps qu'elle nous a accordé avec bienveillance tout au long de ce travail.

Monsieur Olivier Ducourant, notre jury, pour son investissement personnel, son accompagnement et son encouragement à donner le meilleur de nous-même.

Madame Fabienne Terraneo, pour sa présence et ses conseils avisés et pertinents.

Merci aux bibliothécaires pour leur aide durant la réalisation de ce travail.

Un grand merci à nos proches et familles, pour leur patience, leur amour, leurs encouragements et leur compréhension au cours de ces trois années. Merci d'avoir cru en nous et de nous avoir tirées vers le haut pour nous redonner confiance !

Merci à Murielle et Irène d'avoir pris le temps de relire notre travail et de nous avoir aidées à nous améliorer.

RÉSUMÉ

Pour les travaux de bachelor effectués selon la modalité « revue de littérature » :

Thème : L'accompagnement infirmier des adolescents qui s'automutilent pour les guider dans un processus de transition saine.

Problématique : L'adolescence est une période transitionnelle. Si celle-ci est perturbée ou retardée, cela peut conduire à s'automutiler. Cela s'explique par des comportements inadéquats dans l'enfance, comme un mauvais holding ou un attachement insécure. L'automutilation est perçue comme étant un acte violent. Cette pulsion peut être expliquée par l'aspect addictif de cette pratique. La vulnérabilité que peut présenter l'adolescent¹ peut diminuer sa propre estime.

La souffrance que l'adolescent endure peut conduire le jeune à mettre en place des stratégies de coping, dont fait partie l'automutilation.

Résultats : À travers les articles sélectionnés, la qualité de la relation thérapeutique est mise en avant. Les auteurs appuient la nécessité de la verbalisation afin de pouvoir débiter un processus de rétablissement et/ou de transition.

De nombreux auteurs ont donné les qualités d'une relation interpersonnelle comme la bienveillance, le non-jugement, la confiance, l'écoute active et l'authenticité.

De même, il est apparu qu'il est primordial de donner aux adolescents des moyens alternatifs à l'automutilation. Si cela n'est pas fait, ils auront tendance à se tourner vers des pratiques plus dangereuses.

Discussion : Plusieurs thèmes récurrents sont apparus à la lecture des articles de recherche, notamment la relation thérapeutique, la prévention, les stratégies de coping, l'environnement, les proches aidants, les facteurs favorisant et défavorisant la demande d'aide et les caractéristiques de la transition.

Les différents thèmes ont été confrontés et analysés en regard de la théorie de la transition selon Meleis.

Mots-clés : adolescent, automutilation, soins infirmiers, transition, Meleis

Keywords : adolescent, self-harm, nursing care, transition, Meleis

¹ Lire aussi au féminin dans tout le texte.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT et Mesh Terms	35
Tableau 2. Équations de recherche sur PubMed	35
Tableau 3. Équations de recherche sur CINAHL	36
Tableau 4. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique	50
Tableau 5. Statistiques de la population genevoise	79
Tableau 6. Tableau synoptique à doubles entrées	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Evolution du taux d'automutilation selon l'âge	13
Figure 2. La transition selon Meleis	28
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	38
Figure 4. Taux selon l'âge et le sexe des gens s'automutilant entre 2007 et 2016	80

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé	4
Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Table des matières	6
Introduction	8
1. Problématique	9
1.1. L'adolescence	9
1.2. La transition	11
1.3. L'automutilation	12
1.4. Question de recherche initiale	15
2. Etat des connaissances	15
2.1. Notions psychanalytiques	15
2.2. La vulnérabilité	21
2.3. L'estime de soi	22
2.4. Le coping	24
3. Ancrage disciplinaire	27
3.1. La théorie de la transition selon Meleis	27
3.2. Les métaconcepts	33
3.2.1. La personne	33
3.2.2. Le soin	34
3.2.3. La santé	34
3.2.4. L'environnement	34
3.3. Question de recherche finale	34
4. Méthode	34
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	35
4.2. Diagramme de flux	37

5. Résultats	38
5.1. Analyse critique des articles retenus	38
5.2. Tableau comparatif	49
6. Discussion	60
6.1 Les interventions et attitudes infirmières	60
6.1.1. La relation thérapeutique	60
6.1.2. Les stratégies de coping	62
6.1.3. La prévention de l'automutilation	63
6.2 L'environnement	64
6.2.1. L'environnement de soin	64
6.2.2. Les proches aidants	65
6.3 Les facteurs favorisant et défavorisant la demande d'aide	67
6.4 Les caractéristiques de la transition	68
7. Conclusion	70
7.1. Apports et limites du travail	70
7.2. Recommandations	71
7.2.1. Pour la formation	71
7.2.2. Pour la pratique	71
7.2.3. Pour la recherche	72
7.3. Conclusion générale	73
8. Références	74
9. Annexes	79
9.1. Annexe 1	79
9.2. Annexe 2	80
9.3. Annexe 3	81
Fiche de lecture 1	81
Fiche de lecture 2	86
9.4. Annexe 4	89

INTRODUCTION

“ L'adolescence n'est-elle pas une merveilleuse crise de folie qu'il ne faut pas laisser passer sans trancher dans le vif de ses sensations.” Dominique Blondeau (écrivaine)

La République et Canton de Genève (2018) estime la population adolescente au nombre de 25'472 (10-14 ans), et 27'092 (15-19 ans) en 2017 dans le canton (annexe 1), soit environ 10,5% de la population genevoise sur les 4'938'221 habitants.

L'adolescence est une tranche d'âge particulière de par sa situation entre l'enfance et l'âge adulte. En effet, elle possède ses propres caractéristiques. Cette période fragile entre deux états, l'abandon du stade de l'enfance et la difficulté de l'acquisition de la maturité, est propice à diverses pathologies ou pratiques pouvant émerger à cette étape de la vie.

Parmi ces dernières, l'automutilation est une de ces pratiques les plus fréquentes à cette période de vie.

Culturellement parlant, il est à noter que l'automutilation peut faire partie de rites et coutumes habituels chez certaines populations. De même, plusieurs diagnostics différentiels, tels que le trouble borderline ou encore le spectre autistique peuvent avoir comme caractéristique l'automutilation. Ces aspects ne seront pas traités dans ce travail.

Curieuses de voir comment prendre en soin ces jeunes, nous avons décidé d'approfondir ce sujet afin de proposer des pistes de prises en soin pour les accompagner tout au long de ce processus de guérison.

Pour ce faire, nous allons définir des concepts-clés, notamment l'adolescence et l'automutilation, tout en abordant des notions de psychiatrie et en appuyant la problématique sur la théorie de la transition de Meleis. Afin d'apporter des recommandations pour la pratique infirmière, la recherche ou la formation, nous allons confronter les résultats d'articles scientifiques sélectionnés en lien avec notre sujet et pouvant répondre à notre question de recherche.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. L'adolescence

Des psychologues ont défini cette période de vie. Erikson, en 1956, indique que l'adolescence est marquée par l'élaboration de l'identité. Il affirme qu'il existe des moments de crise pendant lesquels des symptômes névrotiques et psychotiques peuvent être observés. Il reconnaît qu'il s'agit d'une crise normative durant laquelle les tensions sont intensifiées, crise résiliée d'elle-même du moment que l'identité est formée (cité par Da Conceição Taborda-Simoes, 2005).

Selon Knight (2017), Erikson (1950-1963) décrit huit étapes de développement psychosocial relatant les processus de développement au sein du cycle de vie.

L'auteur indique qu'Erikson emploie le terme « stade » pour illustrer une phase de vie telle que l'enfance ou l'âge adulte.

La première étape se caractérise par la petite enfance et le stade oral qui sont deux phénomènes contrastants. Elle traduit un sentiment à la fois de confiance et de défiance, qui est un équilibre nécessaire à l'adaptation psychosociale.

Erikson ajoute qu'il faut avoir confiance en soi et dans le monde mais faire preuve également de méfiance. Il complète en indiquant que cette période est synonyme d'espoir et de recherche de courage.

La deuxième étape se situe à la fin de la petite enfance. Elle oppose l'autonomie à la honte et aux doutes. Elle indique la recherche de « savoir quand », l'avenir, et met en relation le fait de « laisser » contre celui de « maintenir ».

Erikson définit la troisième étape comme l'âge de jeu. Il s'agit de confronter la prise d'initiative à la culpabilité. Ce stade se définit par la détermination d'un but et se caractérise par la ténacité, opposant le fait d'aller de l'avant à la culpabilité d'avancer.

L'étape quatre est désignée par l'âge scolaire. Il s'agit de confronter la productivité et l'inadéquation, par la recherche d'efficacité et de compétence.

L'étape cinq est celle de l'adolescence. Elle s'appuie sur le contraste entre la cohésion de l'identité et la confusion dans la détermination du rôle. Il s'agit de la recherche d'appartenance, en équilibrant la duplicité et la fidélité.

L'étape six est celle du jeune adulte. Elle se définit par l'opposition entre intimité et isolement. La recherche est l'amour mutuel, contrastant la connectivité et la séparation.

L'étape sept est l'âge adulte, et l'étape huit est celle de la vieillesse (Knight, 2017).

Ces deux étapes ne sont pas développées dans ce travail.

C'est en 1994 que Sprinthall et Collins indiquent que les adultes prennent en compte les nécessités et aptitudes physiologiques et psychologiques des adolescents, ce qui conduit à la reconnaissance d'une étape du développement humain (cités par Da Conceição Taborda-Simoes, 2005).

Cette étape, d'après Keniston (1970), peut être vue comme expectative au sein de laquelle les interrogations essentielles apparaissent, portant sur le rôle au sein de la société, le lien avec cette dernière et les décisions de vie (cité par Da Conceição Taborda-Simoes, 2005).

Par ailleurs, Horrocks (1978) indique que cette période se termine lorsque l'individu a acquis l'expérience et la motivation ou volonté de se prendre en charge (cité par Da Conceição Taborda-Simoes, 2005).

Des organisations internationales se sont également penchées sur la définition de cette tranche d'âge.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2016), l'adolescence est la « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Elle constitue une phase de changements, de modifications voire de bouleversements critiques et se définit par une rythmique conséquente de croissance et de modifications. Les mécanismes biologiques et physiologiques déterminent de multiples conditions de cette croissance, l'introduction de la puberté caractérisant la transition de l'enfance à l'adolescence.

Cette définition de l'adolescence apporte un autre point de vue nommant des éléments physiologiques.

Tanner (1962, 1970), énonce des phénomènes biologiques comme caractéristiques, apparaissant à partir de 11 ans, tels que la modification de la taille, de la forme du corps, de la capacité musculaire, de la force physique, ainsi qu'au niveau des caractères sexuels primaires et secondaires (cités par Da Conceição Taborda-Simoes, 2005).

En complément des transformations corporelles présentées ci-dessus, un processus de développement de la pensée est à noter.

Da Conceição Taborda-Simoes (2005) affirme que l'adolescence se définit par les modifications menant à une autonomie progressive au niveau de la pensée, des affects et des relations avec autrui. Par ailleurs, divers thésaurus et autres écrits décrivent l'adolescence en tant que période transitionnelle de l'enfance à l'âge adulte, bien qu'elle se manifeste différemment d'une personne à l'autre.

L'adolescence est donc une période transitionnelle dans laquelle le jeune va s'interroger sur sa place dans la société ainsi que sur sa propre identité. L'environnement va influencer cette période de vie. L'adolescent peut vivre des tensions internes intenses pouvant causer solitude et souffrance, ainsi que des difficultés psychologiques et comportementales.

1.2. La transition

La transition peut être définie sous plusieurs axes, dont l'aspect psychologique ou psychosociologique qui sera davantage développé.

Le Grand dictionnaire de la Psychologie (2011) définit la transition comme étant "une période intermédiaire entre deux stades ou états d'équilibre successifs, ce qui lui confère le sens d'état instable" (p. 963).

Différents psychologues ont apporté leur contribution à la signification de ce concept, dont Tapia (2001) :

Au cours des dix ou quinze dernières années, beaucoup de chercheurs, notamment psychologues ou psychosociologues, ne se sont pas beaucoup écartés de la définition la plus générale, la plus courante de la notion de transition, laquelle contient d'ailleurs les éléments de base caractérisant la situation évoquée, à savoir l'idée d'abord d'un « passage » d'un état à un autre, d'une position à une autre, ensuite que ce passage s'effectue graduellement, progressivement et enfin qu'il se passe quelque chose dans l'entre-deux. Une définition un peu plus élaborée intègre plus nettement l'idée de discontinuité ou de rupture avec l'état existant, discontinuité qui entraîne des phénomènes de l'ordre de la déconstruction et de la recomposition dans les domaines cognitifs, affectifs, structurels, etc. (p. 3).

La transition n'est pas seulement un concept large et abstrait, mais peut être plus applicable à la réalité ; son évolution est perpétuelle.

En effet, Baltes, Lindenberger & Staudinger (1996) et Galland (1997) ont davantage précisé sa définition. Le terme de « transition » résulte d'études de la psychologie du développement tout au long de la vie et a pris toute son importance durant les années 80, période durant laquelle les limites enfance-âge adulte et école-emploi sont devenues indécises. Par ailleurs, la situation professionnelle s'est transformée : la population active a dû faire face à des changements réguliers d'emplois, de sites de résidence voire de professions. Le terme de transition implique deux visions : d'une part, que la personne connaisse une phase de rupture avec ses expériences passées et d'autre part, que la personne doive s'adapter à ces récents éléments.

Cette double vision permet de définir si la personne exclue de son quotidien habituel, de son milieu social ou de sa propre définition d'elle-même, se développe de manière optimale.

Ces perturbations ou changements propres à ces personnes ou à leur environnement peuvent se révéler complexes à éprouver ou à surmonter et ainsi entraîner une tendance à la détresse (cités par Zittoun & Perret-Clermont, 2001).

Pour nuancer l'aspect psychologique, trois infirmières enrichissent la définition de la transition. Selon Kralik, Visentin & van Loon (2006), la transition est un processus de passage au cours duquel les personnes redéfinissent le sens qu'ils se donnent à eux-mêmes et redéveloppent leur propre gestion des événements perturbateurs de la vie (traduction libre, p. 321).

L'adolescence est une période transitionnelle où les changements physiques et psychologiques sont propres à cette étape de vie. De ce fait, elle peut s'avérer complexe pour l'adolescent et entraîner une détresse. Celle-ci peut alors être soulagée de différentes manières, dont l'automutilation, afin de diminuer cette souffrance et tension interne. De même, l'environnement peut jouer un rôle dans cette détresse s'il a un impact négatif sur le jeune.

1.3. L'automutilation

C'est lors de l'adolescence que l'automutilation est la plus présente, mais c'est aussi à cette période-clé de la vie qu'elle débute généralement.

En effet, Griffin, McMahon, McNicholas, Corcoran, Perry & Arensman (2018), ont mené une étude de 2007 à 2016 qui montre un taux croissant de personnes qui s'automutilent. Dans la figure 1 (annexe 2), les courbes indiquent que les 15-19 ans, et notamment les femmes, sont ceux qui s'automutilent le plus, et que ce chiffre ne cesse d'augmenter au fil des ans.

Selon Caicedo & Whitlock (s.d.), de l'Université de Cornell, aux Etats-Unis, l'âge de la première automutilation se situe entre 13 et 15 ans, bien que ces chiffres soient discutables quant à la précocité ou la tardiveté du phénomène.

La fréquence est en hausse jusqu'à une vingtaine d'années puis diminue fortement (Neuburger, 2006).

Une étude effectuée en 2012 par Moran, Coffey, Romaniuk, Olsson, Borschmann, Carlin & Patton confirme cette tendance par la réalisation d'une étude de cohorte appuyant les dires de Neuburger en démontrant que les automutilations diminuent effectivement avec l'âge ; celles-ci étant plus présentes à l'adolescence.

Figure 1. Evolution du taux d'automutilation selon l'âge

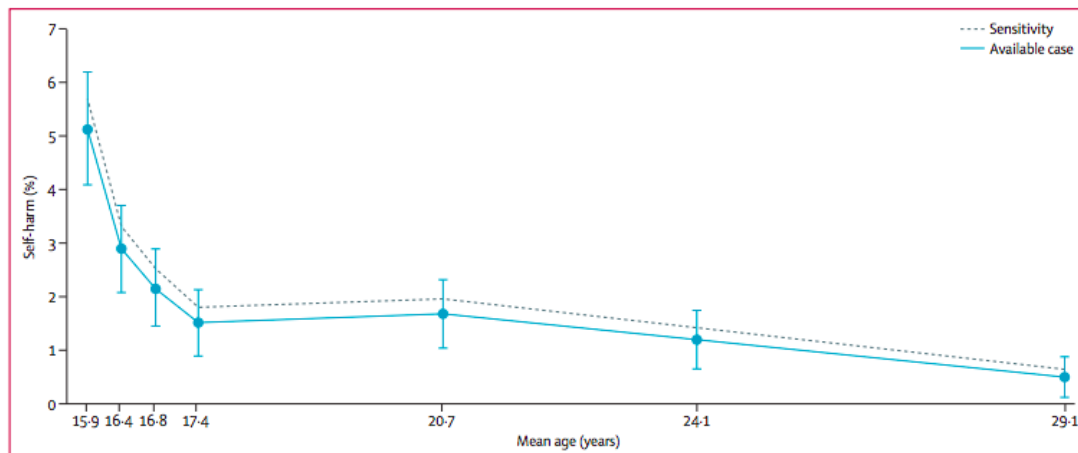


Figure 2: Proportion of participants reporting self-harm at each follow-up wave, with 95% CIs, showing available case estimates and sensitivity estimates assuming that those missing at each wave were at twice the risk of self-harm as those responding

Tiré de : Moran et al., 2012

L'automutilation est une blessure physique que la personne s'inflige à elle-même. Il existe différents types d'automutilations. Favazza (1990), a établi une classification en trois catégories :

- Majeures : amputation, énucléations, émasculations perpétrées généralement par des patients souffrant de schizophrénie ou d'états délirants.
- Stéréotypiques : se cogner la tête, se mordre, se comprimer les yeux. Ces manifestations se rencontrent dans les syndromes de spectre autistique, les déficiences intellectuelles et certains syndromes neurologiques.
- Superficielles / modérées : se divisent en deux catégories, à savoir compulsives et impulsives :
 - Compulsives : c'est le fait de répéter des lésions comme les écorchures, les morsures, les coups que l'on s'inflige, d'arracher les croûtes pour ne pas cicatriser, l'onychophagie, d'arracher la peau autour de l'ongle, la trichotillomanie, les lésions répétées sur la peau.
 - Impulsives : coupures par des lames (rasoir, taille crayon, ciseaux, cutter ou morceau de verre), puis par des brûlures, notamment par les cigarettes. Le syndrome d'automutilation répétée est la récurrence de l'acte avec l'incapacité de résister à l'envie de se faire du mal physiquement et sans l'intention de se donner la mort (cité par Le Heuzey, 2009).

Le Heuzey (2009) ajoute que l'automutilation comprend les troubles du comportement alimentaire, ainsi que la pratique du "body-art" (tatouages et piercings).

Selon Neuburger (2006), le sexe féminin représente 97% des adolescents qui s'automutilent. Une différence entre les types d'automutilations réalisés est à relever selon les sexes, bien que ces atteintes portées à eux-mêmes comprennent principalement les lacérations des avant-bras et des cuisses.

Concernant les adolescents de sexe masculin, il peut s'agir de montrer une quelconque appartenance à un groupe et à une fonction sociale, tandis que chez les adolescentes, cela relève de la sphère privée. Les jeunes femmes tendent à cacher leurs cicatrices par des vêtements longs et ressentent souvent de la honte à l'égard de leur comportement.

Les raisons conduisant à l'automutilation sont nombreuses :

un sentiment d'échec, de frustration, de rejet, de solitude, d'excitation ou colère ; le besoin d'exprimer un sentiment de haine envers soi-même et de se punir, d'obtenir des soins ou l'attention des autres, de changer d'apparence corporelle, d'appartenir à un groupe et de cesser de se sentir seul, d'exercer un contrôle sur soi, de s'empêcher de penser au suicide, de lutter contre la déréalisation et de reprendre contact avec la réalité (Le Heuzey, 2009, p. 45).

Garel (2008) recense auprès des adolescents les raisons qui les ont poussés à s'automutiler.

Besoin de :

- Se sentir vivant, revenir à la réalité.
- Transformer une douleur psychique en une douleur physique.
- Reprendre le contrôle de leur propre vie en contrôlant celle de la douleur.
- Valeur identitaire, rattacher chaque cicatrice à un événement propre à la personne.
- Canaliser une colère violente qui peut être destructrice.
- Purifier, souvent associé au fait que l'adolescent a une mauvaise estime de lui-même, qu'il se dévalorise.

Neuburger (2006) et Le Heuzey (2009) affirment que l'adolescent qui atteint à son corps sait faire la différence entre l'automutilation et la tentative de suicide, bien que le tentamen puisse avoir lieu dans un contexte différent.

Neuburger (2006) fait le lien entre l'automutilation et la théorie de l'accordage affectif de D. Stern (psychologue, 1989). Dans un accordage affectif réussi, lorsque le nourrisson exprime un besoin, la mère sait y répondre. Dans le cas de l'automutilation, cet accordage peut-être

défaillant pour de multiples raisons : incompréhension ou encore incapacité parentale ; l'enfant vit alors dans l'angoisse, ne sachant y faire face ni mettre en place des stratégies de coping². L'automutilation se définit ainsi comme appartenant à la transition entre l'adolescence et la post-adolescence.

1.4. Question de recherche initiale

Quelles particularités de l'adolescence seraient présentes et pourraient expliquer le comportement automutilatoire ?

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. Notions psychanalytiques

Comme vu précédemment, Neuberger (2006) fait le lien entre automutilation et accordage affectif ; concept qui débute chez le nourrisson.

Il semble important pour comprendre ce lien d'aborder les notions propres à la psychanalyse, notamment ce qui se joue dès l'enfance, entre le bébé et l'objet parental.

Bowlby, fondateur de la théorie de l'attachement, s'intéresse aux différentes répercussions engendrées par les interactions inadéquates ou insuffisantes.

Dugravier & Barbey-Mintz (2015) soutiennent que le but est de favoriser l'intimité et la proximité de l'enfant avec une figure d'attachement pour acquérir un sentiment de sécurité. Cette dernière est une personne envers qui l'enfant oriente son comportement d'attachement, car elle entretient des interactions sociales durables et de qualité. C'est un système constamment présent, qui est activé face aux différentes menaces ou sujets de stress émanant de l'environnement ou internes à l'individu.

Selon Bowlby, il existe plusieurs types d'attachement :

- Sécure : il se caractérise chez l'enfant par une bonne estime de soi et la facilité à demander de l'aide en cas de besoin.
- Insécure évitant : l'enfant masque ses émotions et ne demande pas d'aide malgré le stress engendré par la séparation avec la figure d'attachement. Il a tendance à ne pas accorder sa confiance à autrui.
- Insécure ambivalent ou résistant : l'enfant a une attitude ambivalente en cas de stress. Il exprime plusieurs émotions (sentiment de rejet, colère, chagrin) lors de la séparation avec la figure d'attachement et présente des difficultés à se laisser consoler.

² Ce concept est développé au chapitre 2.4

- Désorganisé : l'enfant donne une impression de désorganisation posturale lors de la rencontre avec la figure d'attachement, en affichant des comportements opposés (cité par Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

Dugravier & Barbey-Mintz (2015) ajoute que l'attachement permet à l'enfant de modeler deux types d'images. D'une part, l'enfant se définit une image de lui-même comme étant plus ou moins méritant de recevoir de l'aide et d'être aimé. D'autre part, il projette une image des autres lui permettant de les juger comme plus ou moins attentifs à ses attentes. L'attachement sert davantage à l'autonomie qu'à la dépendance. En effet, à un certain âge, l'enfant se détache physiquement de sa figure d'attachement et a uniquement besoin d'être convaincu de la présence et de la disponibilité de cette dernière.

PrévotEAU (2017) quant à lui affirme que le lien d'attachement se met en place grâce au concept de « la mère suffisamment bonne » de Winnicott. Ce concept définit une mère qui se rapproche étroitement de son enfant et se concentre sur ses besoins.

Selon Winnicott, trois facultés maternelles vont permettre à la mère de s'adapter aux besoins de son enfant :

- La présentation de l'objet qui donne à l'enfant l'impression qu'il crée ce dont il a besoin quand la mère le lui donne à un moment favorable.
- Le holding est la totalité des soins donnés à l'enfant par la mère dans le but de combler ses besoins physiologiques. Le toucher est l'aspect essentiel du holding. L'ensemble de ces éléments permet à l'enfant d'acquiescer un sentiment de sécurité quand il ressent des angoisses.
- Le handling quant à lui correspond aux actes concrets que la mère pose pour répondre aux besoins physiologiques de son bébé (changer, baigner, bercer, etc.) (cité par PrévotEAU, 2017).

D'après Attale & Consoli (2005), en fonction du type d'attachement que le jeune adulte a eu durant son enfance, ce dernier adoptera des stratégies de coping variables face au stress. Un attachement insécuré peut être un facteur de risque menant à des stratégies de coping inefficaces. A contrario, un attachement sécurisé est une richesse interne pour le jeune, car il aura une vision positive de ces circonstances stressantes et aura les capacités de les affronter (cités par Mistycki & Guedeney, 2007).

Selon Atger, Corcos, Perdereau & Jeammet (2001), le lien entre les conduites à risque et l'attachement insécuré existe. Les auteurs certifient que les passages à l'acte surviennent

lorsque l'individu n'est pas capable de trouver des stratégies de coping pour réguler ses émotions (cités par Misticky & Guedeney, 2007).

Chez l'adolescent qui s'automutile, l'attachement qu'il a eu avec la figure d'attachement est de type insécure. En effet, le nourrisson a mis en place des stratégies de coping pour faire face aux situations angoissantes. A l'adolescence, il peut reproduire le même schéma et trouver comme alternative l'automutilation pour faire face à l'angoisse.

Le toucher, et donc le contact avec la peau, est la caractéristique principale du holding chez le nourrisson. Anzieu (psychanalyste) initie la théorie du « moi-peau » en 1974.

Anzieu (1985) définit la peau comme une « instance frontière qui protège des agressions extérieures ou des tensions intimes, elle donne à l'individu le ressenti des limites de sens qui l'autorisent à se sentir porté par son existence ou en proie au chaos et à la vulnérabilité » (cité par Le Breton, 2006, p. 46).

Le Breton (2006) explique la théorie en donnant la définition du corps comme étant une limite de soi qui constitue une barrière entre le dedans et le dehors. La peau possède une mémoire vive. Mais à l'inverse, elle peut être témoin d'une identité que la personne ne supporte pas et qui recueille des blessures faites volontairement. Elle maintient le psychisme mais a aussi une fonction de contenant et atténue les agressions venant de l'extérieur.

Pour l'auteur, le corps de l'adolescent est à la fois soi et non-soi (car le corps est synonyme de mal-être) à travers les changements qu'il vit, sa sexualité, ses sentiments. Il se retrouve donc dans un entre-deux, entre ailleurs (sa présence dans le monde) et en soi. Lors d'une souffrance, la peau devient un réceptacle pour se lier à la réalité et éviter de mourir. Pour pouvoir reprendre le contrôle, l'adolescent se fait du mal pour moins souffrir.

Lorsque l'adolescent s'est mutilé, celui-ci est alors apaisé et évite la perte du sentiment narcissique, ou l'augmentation de l'angoisse, qui peut être sans fin. Les affects peuvent déferler sur le rôle de pare-excitation de la peau et l'entaille est la seule manière d'aller à l'encontre de ce mal-être. La blessure infligée à soi-même est la seule façon d'avoir un contrôle sur cette souffrance et permet de se rassembler, de se sentir vivant et de reconstruire les barrières avec le soi.

Quand la détresse est trop forte, les barrières entre le dehors et le dedans s'affaissent.

Il peut arriver que certaines personnes éprouvent une sensation agréable lorsqu'elles se blessent volontairement, avec une connotation sadomasochiste. Au contraire, cet acte traduit une libération de la tension interne afin de rester vivant.

Lorsque les atteintes au corps sont fréquentes, elles forment une enveloppe de douleur qui répare un dysfonctionnement dans le lien au monde, souvent dû à un trouble de l'attachement

ou à une blessure secrète (maltraitance par exemple). Cela peut traduire un manque chez la personne. En effet, le corps, n'étant pas synonyme de plaisir, va être détaché, en retrait et ne va exister qu'à travers la douleur ressentie et contrôlée.

Cette atteinte corporelle fréquente, vue comme pulsionnelle, est probablement due à un trouble de l'attachement survenu dans l'enfance de l'adolescent.

Freud (1905, psychanalyste), dans sa théorie, définit la pulsion comme « une idée de contrainte, de force, de mouvement d'action » (p. 1547). C'est donc un mélange de spontanéité, de sensorialité et de motricité, sous-tendant une tension interne intense indifférenciée. Pour Freud, le caractère pulsionnel de l'excitation est interne. Le but de la pulsion est intrinsèque et possède sa propre finalité, qu'elle soit libidinale, d'autoconservation, de vie ou de mort (cité par Reid, 2006).

Selon Freud, les pulsions d'autoconservation, appelées Pulsions du Moi, indiquent à la sexualité la voie de l'objet, mais sont aussi opposées aux pulsions sexuelles, qui elles peuvent trouver satisfaction dans l'accomplissement du fantasme et n'être guidées que par le plaisir. Elles sont un cas particulier des pulsions du Moi, car les pulsions proviennent de lui mais le visent également. Les pulsions d'autoconservation diffèrent des pulsions sexuelles car elles ne peuvent alterner plaisir et désir, notamment lorsque l'objet fait défaut (cité par Lucas, 2006).

Selon Levert (s.d.), la pulsion est un concept entre le somatique et le psychique, entre le stimulus externe et l'excitation interne, et est composée de quatre caractéristiques :

- Poussée : lorsque l'appareil psychique maîtrise l'excitation. La libido est notamment l'énergie sexuelle pouvant avoir comme objet le Moi ou l'Objet.
- Source : lieu somatique stimulé qui conduit à l'excitation.
- Objet : procédé par lequel la pulsion va atteindre son but, de façon variable et indéterminée.
- But : que cherche à faire la pulsion ?

D'après Levert (s.d),

Les pulsions sont difficiles à retrouver du fait de :

- Renversement sur la personne propre : substitution du sujet à l'objet.
- Retournement en son contraire : activité - passivité, amour – haine.
- Refoulement : pas de manifestation directe, retour du refoulé déguisé. Le refoulement scinde la pulsion en représentation et affect.

- Sublimation : substitution d'un but non sexuel à un but sexuel (la pulsion est transcendée).

En 1920, Freud donne une deuxième version de la théorie des pulsions en regroupant :

- Les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles sous celles des « pulsions de vie », car il y a soit conservation de l'individu, soit de l'espèce et tendent à apaiser et/ou diminuer la pulsion
- « Les pulsions de mort », qui sont soit tournées vers l'intérieur du sujet (autodestruction) ou tournées vers l'extérieur du sujet (destruction, agression), avec une notion de répétition afin d'abaisser l'excitation (cité par Levert, s.d.).

La pulsion peut être destructrice. Lors de l'automutilation, l'adolescent va retourner cette dernière contre sa propre personne, ce qui peut induire une violence envers lui-même. Il s'agit donc d'une « pulsion de vie », car l'adolescent éprouve la nécessité d'apaiser cette pulsion.

L'automutilation peut être perçue comme une forme de violence que la personne s'inflige à elle-même. Bergeret (2002) explique cette notion comme n'étant pas :

[...] une envie spécifique de faire du mal à l'autre, ni surtout à une idée de mort. La violence correspond, en soi et tant qu'elle reste à l'état pur, à un simple instinct de vie et de survie, ce qu'on appelle aussi un « instinct de conservation » (p. 132).

Selon Bergeret (2002), dans la violence, « l'autre » n'a pas de signification particulière ; il est perçu uniquement comme un non-soi menaçant pour la personne et pour sa sécurité non seulement affective mais aussi physique ou sociale. La personne ne prend aucun plaisir à être violente envers autrui, tant que cela reste défensif.

Lors d'un acte automutilatoire, le soulagement éprouvé par la libération de la tension interne ayant poussé à cet acte perçu comme violent peut procurer une certaine satisfaction. Elle est en lien avec une cascade de phénomènes biologiques incluant la sécrétion de diverses hormones.

L'aspect compulsif de l'automutilation peut être expliqué par un comportement addictif.

Selon Fernandez & Sztulman (1997), il y a plusieurs définitions de l'addiction qui décrivent les différentes attitudes et comportements liés à des habitudes ancrées sous l'effet de pulsions plus ou moins intenses. Les addictions sont en lien avec la recherche de sensations fortes et les comportements à risque.

Pour Adès (1994), les conduites à risque comprennent l'engagement conscient, délibéré dans des situations périlleuses que ce soit envers soi ou les autres. Ces circonstances dangereuses ne sont pas imposées par le monde extérieur mais le sujet est dans une quête active de sensations fortes, de danger et souvent de mort. Le sujet acquiert une fascination pour le risque et cela rend son comportement davantage dangereux, mais c'est la dépendance au comportement qui fait de ce dernier une addiction (cité par Fernandez & Sztulman, 1997).

Corcos & Richard (2006) affirme que biologiquement parlant, le plaisir et la douleur sont liés, ce qui contribue à l'engrenage addictif.

Selon Pessiglione (2014),

[...] Les neurones dopaminergiques sont situés dans des noyaux plus profonds qui sont innervés par le striatum ventral et projettent leurs axones vers le striatum dorsal et postérieur. Ils sont donc en position de transmettre les informations limbiques aux circuits cognitifs et moteurs, et par ce biais de renforcer les comportements qui mènent à des récompenses (p. 1285).

Tassin (2008) ajoute que d'autres neurotransmetteurs, notamment la sérotonine et la noradrénaline auraient un rôle majeur dans le circuit de récompense.

D'après Pessiglione (2014), tous les actes qui conduisent à une conséquence attrayante vont être répétés à l'avenir. De ce fait, certains stimuli nommés récompenses possèdent un attribut particulier qui est leur répétition. Les récompenses renforcent le comportement. Dès la naissance, les stimuli primaires (comme le sucre) procèdent comme des récompenses de façon inconsciente. Les stimuli secondaires gagnent leur valeur récompensante par l'association d'une circonstance et d'un ressenti.

Dans le cas de l'automutilation, il y aurait une association entre l'acte en lui-même et le plaisir ressenti à la suite de la libération d'une tension interne.

Une enfance perturbée par un attachement insécuré et un accordage affectif inadéquat peut conduire l'enfant à ressentir des émotions envahissantes. Pour pallier à cela, ce dernier met en place des stratégies pour y faire face.

L'adolescence est une période transitionnelle qui peut être compliquée à vivre pour le jeune. Ce dernier peut être en souffrance, en détresse et ressentir une tension interne, ce qui traduit un état de vulnérabilité.

2.2. La vulnérabilité

La vulnérabilité est une notion beaucoup plus large, touchant plusieurs domaines.

L'étymologie du mot vulnérable d'après Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012), est le latin « vulnerabilis » qui signifie « qui peut être blessé » et « qui peut être facilement atteint, attaqué ».

Pour Bellier, Grégoire & Donadey (2002), la vulnérabilité signifie, dans un langage courant, une défaillance, une déficience, une insuffisance, une sensibilité majeure et une position dans laquelle l'intégrité d'une personne connaît le danger d'être altérée et détruite.

Différents types de vulnérabilités existent dans divers secteurs. Ici, ne sera traité que celui portant sur la vulnérabilité liée à la santé.

La vulnérabilité selon Bellier, Grégoire & Donadey (2002) émane de la personne et l'atteint sous multiples formes et niveaux :

- Capacités intellectuelles liées au domaine professionnel avec la motivation, les compétences, l'intégrité morale et l'esprit d'équipe.
- Le domaine physique avec la santé, l'intégrité physique.
- La sphère sociale avec le contexte et la situation familiale.

Ainsi, d'après Valadier (2011), les sujets sont vus comme vulnérables s'ils possèdent des prédispositions à la maladie, à une quelconque dégradation ou à un aboutissement négatif. Ces prédispositions peuvent avoir plusieurs origines : psychosociale, biologique ou génétique. Deux aspects sont importants dans la considération de la vulnérabilité d'une personne. Premièrement, un aspect externe à la personne, que sont les différents risques d'exposition à la vulnérabilité. Deuxièmement, un aspect interne comportant les ressources propres de la personne pour faire face aux circonstances.

Cependant, la vulnérabilité n'est pas en lien avec l'âge, le genre et la classe sociale de la personne. Elle touche différents sujets à différentes étapes de leur vie. L'adolescence correspond néanmoins à une période clé en lien avec la vulnérabilité.

L'adolescence pouvant être une période plus sensible à la vulnérabilité, les risques de perturbations ou troubles de l'estime de soi peuvent être davantage mis en exergue chez le jeune, si les ressources internes pour faire face aux circonstances ne sont pas adéquates ou suffisantes.

2.3. L'estime de soi

L'image de soi et l'estime de soi sont deux concepts liés mais bien distincts.

L'estime de soi prend racine dans l'image de soi. Comme expliqué par la suite, l'image de soi correspond aux différentes représentations que le sujet a de sa personne. C'est sur la base de ces représentations qu'elle construit sa propre estime.

Selon Badaud, Rodriguez-Tomé, Cohen-Zardi, Delmas & Jeanvoine (1999), l'image de soi est définie comme un assemblage de représentations qu'une personne possède pour se caractériser. Elle est le résultat de trois éléments : l'image du corps, la relation avec les autres et l'estime de soi.

Pour aborder le premier élément, Jeannerod (2010) considère que l'image du corps est en lien avec la notion de proprioception et de représentation de celui-ci dans l'espace. C'est l'image ou le schéma que l'individu en a grâce aux différents agencements physiologiques permettant ce processus.

L'adolescent, de par ses changements corporels, peut avoir une image de soi troublée à cause d'une représentation de son corps faussée. Ceci peut alors le rendre vulnérable s'il ne possède pas les ressources internes nécessaires pour faire face aux répercussions qu'entraînent les changements corporels.

L'image corporelle est ainsi directement en lien avec le deuxième élément de l'image de soi, qui est la relation entre les individus.

Guedeney (2011) définit la relation avec les autres comme suit : « Le Soi de l'enfant se développe en relation avec les interactions sociales et, en particulier, dans les interactions précoces avec ceux qui l'élèvent » (p. 2).

En effet, la construction d'une bonne image de soi dépend de la relation que le sujet entretient avec son environnement. Elle est le résultat de relations interpersonnelles de qualité.

La relation avec les autres est donc un paramètre considérable dans l'estime de soi des adolescents. Seidah, Bouffard & Vezeau (2004) déclarent que les études de Harter (1988) et de Woody, Lemare & Ditner (1987) montrent que les adolescents connaissent un réaménagement de leurs relations sociales. C'est pourquoi le fait de pouvoir répondre à une envie de relation interpersonnelle constitue un facteur important dans l'estime de soi des adolescents.

C'est lors de l'adolescence que l'identification avec les pairs et la potentielle prise de distance avec sa famille se font. Si l'adolescent ne possède pas un environnement contenant et/ou sécuritaire, les relations avec autrui peuvent être compliquées et/ou inadaptées. De ce fait, l'estime de soi peut être négative et entraîner des comportements à risque, tels que l'automutilation.

Guedeney (2011) complète en disant qu'une image de soi positive est aussi l'aboutissement d'une relation sécuritaire empreinte d'affection, surtout durant les premières années de vie. Un attachement sécuritaire permet la construction d'une bonne image et estime de soi. Plus les personnes significatives accordent de l'importance au sujet, plus haute sera son estime.

Selon André (2005), l'estime de soi comporte trois principaux éléments :

Premièrement, les aspects comportementaux en ayant un grand impact sur les aptitudes et tirant sa croissance des réussites. Deuxièmement, les aspects cognitifs. En effet, l'estime de soi se rattache à la vision de sa propre personne et fluctue en fonction de celle-ci. Troisièmement, la dimension affective comportant les humeurs. Un individu possédant une faible estime de lui-même serait plus sujet à la dysthymie caractérisée par des états émotionnels négatifs.

D'après l'auteur, les trois principaux éléments cités ci-dessus renferment cinq procédés. Ces sous-catégories ne sont pas obligatoirement réparties de manière proportionnelle, certains aspects peuvent être prédominants par rapport à d'autres :

- L'aspect physique comporte la dimension de plaire à son prochain.
- La réussite scolaire et/ou le statut social représente la capacité du sujet à exceller dans son domaine.
- Les compétences athlétiques se rapportent aux capacités physiques.
- La conformité comportementale est en lien avec l'approbation de l'autorité.
- La popularité fait référence à l'appréciation des autres.

Harter (1999) appuie les propos d'André en affirmant « qu'à l'adolescence, la perception de son apparence physique est la variable la plus fortement reliée à l'estime de soi générale des jeunes » (cité par Seidah et al., 2004, p. 6).

Le Breton (2005) fait le lien entre l'automutilation et l'estime de soi du fait que les adolescents possèdent plusieurs moyens de résistance à la souffrance qui visent à maintenir la vie et à empêcher le pire. Ces moyens sont psychologiques, comme les mécanismes de défenses ou internes à l'adolescent, provenant des forces personnelles tels qu'une bonne estime de soi, l'humour, le courage, la ténacité et bien plus. L'automutilation est un appel à l'aide aux

personnes significatives et un acte d'échappatoire face à un sentiment de détresse. Cette pratique peut devenir addictive. Cet acte est douloureux et ambigu quant aux conséquences générées que sont les meurtrissures, les dégradations de l'état de santé et de l'estime de soi ou la mort.

Lorsque l'adolescent, qui a une estime de soi abaissée, vit une situation qui lui est difficile, il va mettre en place des mécanismes pour y faire face, appelés stratégies de coping, dont l'automutilation fait partie.

2.4. Le coping

Coping vient de l'anglais *to cope*, qui signifie s'adapter, s'ajuster. Ce sont Lazarus et Folkman qui ont développé ce concept en 1984. Selon les deux auteurs, lorsqu'une personne vit une situation stressante, elle met en place différentes conduites afin de réduire ce stress voire de l'éliminer. Ce sont ces aptitudes que l'on appelle stratégies de coping. Celles-ci sont un processus dynamique et comprennent les actes et les pensées. Le coping est spécifique à la situation mais est en interaction entre la personne et son environnement. Tout ce processus va permettre à l'individu de s'adapter à la nouvelle situation et de se stabiliser au niveau psychique face à des situations stressantes (cités par Naoufal, 2015).

Chaque élément déclencheur du stress, et notamment sa nature, est évalué de manière différente selon les personnes.

Selon Lazarus & Folkman (1984), pour pouvoir évaluer cognitivement le stress, il faut passer par deux évaluations pour une approche transactionnelle :

- Primaire : situations perçues comme menaçantes ou pouvant déséquilibrer la personne, comme une perte, une menace ou un défi. La perte ou la menace peut engendrer des émotions négatives comme la peur ou l'indifférence. Le défi est plutôt positif et peut entraîner la personne à s'investir davantage ou à être plus motivée. Durant cette étape, l'individu évalue la situation en termes de gains ou de pertes. Dès lors, puisque chaque individu est unique et perçoit le stress de manière différente, les réactions qui vont découler de cette évaluation cognitive le seront également
- Secondaire : une fois l'évaluation cognitive effectuée, la personne va déterminer ses ressources personnelles, matérielles et sociales (émotionnelle, d'estime, matérielle et/ou financière ou informative) afin de maîtriser ou d'anticiper la situation stressante

Ils ajoutent que l'évaluation primaire et secondaire sont influencées par des caractéristiques personnelles (croyances, endurance face aux exigences externes, le trait anxieux de la

personnalité) et contextuelles (les caractéristiques mêmes de la situation, les ressources sociales) (cités par Lourel, 2006).

Paulhan (1992) précise que différentes options de coping sont alors envisagées : « le changement de situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social ou l'action impulsive » (p. 549).

Lorsqu'une situation stressante se présente à l'adolescent, celui-ci va spontanément faire une évaluation, qui dans le cas d'un jeune vulnérable, va être négative. L'option de coping alors choisie par l'adolescent peut être une action impulsive, telle que l'acte automutilatoire.

D'après Lourel (2006), le coping est donc un processus transactionnel qui permet soit de modifier l'environnement, soit de modifier la personne elle-même, au niveau cognitivo-affectif ou comportemental.

Selon la théorie de Lazarus & Folkman (1988), les agents stressants passent par des filtres permettant de modifier l'événement et d'augmenter ou diminuer la réaction de stress. Les filtres sont :

- La perception du stressant influencée par les précédentes expériences similaires, le soutien social et la religion.
- Les mécanismes de défense du Moi (déli par exemple).
- Les efforts conscients : plan d'action ou stratégies alternatives (cités par Paulhan, 1992).

Il existe deux types de coping : centrés sur le problème ou sur l'émotion.

Selon Lazarus & Folkman (1984), le coping centré sur le problème sera dirigé vers l'action, avec pour objectif de changer la relation entre la personne et la situation qu'elle vit à travers des actions qui auront un impact ou non. Le coping ici est alors la recherche d'une solution au problème.

Le coping centré sur l'émotion est un processus cognitif n'ayant aucun impact sur la situation elle-même, mais plutôt sur le comportement que va adopter la personne face à la situation, comme par exemple la décharge émotionnelle (cités par Chabrol & Callahan, 2013).

Dans le cas des adolescents qui s'automutilent, les stratégies de coping mises en place pour faire face à leur situation de stress seraient centrées sur l'émotion, car l'acte infligé sur leur propre corps peut être une manière de décharger émotionnellement des souffrances, de transformer des blessures psychiques en blessures physiques.

Selon Chabrol & Callahan (2013), le coping peut être classé en fonction de la réponse de la personne face à une situation stressante :

- Actif : la personne fait face directement au stress engendré par des actions visant à modifier le lien entre personne et environnement.
- Passif : la personne est inactive face à la situation et n'entreprend aucune action, comme lors de la dépression ou le déni.
- Vigilant : la personne se focalise uniquement sur le problème dans l'espoir de maîtriser le problème, en cherchant des informations supplémentaires ou la mise en place de la solution. Ce coping peut engendrer une idée fixe de la personne lorsque la solution ne semble pas adéquate.
- Évitant : la personne tente d'éviter le problème, de réduire son stress ou les émotions négatives qui s'en dégagent en mettant en place des comportements ou des stratégies cognitives et/ou comportementales ainsi que de minimiser le problème. La relaxation ou la pratique d'un sport est considérée comme un coping évitant car ils inhibent les sentiments négatifs en faisant émerger un bien-être. A contrario, le coping évitant peut engendrer des addictions ou des comportements à risque.

Les adolescents s'automutilant sont plutôt dans des stratégies de « coping évitant » lorsqu'ils vivent une situation stressante. En effet, ils tentent de réduire ce stress ou d'inhiber les émotions négatives qu'ils ressentent en adoptant un comportement à risque.

Comme dit auparavant dans le texte, l'adolescence est une transition, un passage entre l'enfance et la vie d'adulte, qui s'étend des premiers signes pré-pubères à la fin du développement, ayant acquis les caractéristiques quasiment complètes d'un adulte.

Meleis définit la transition comme étant un intervalle de temps avec un point de départ identifiable, qui s'étend des premiers signes de l'anticipation, de la perception ou de la démonstration du changement, se déplaçant au cours d'une période d'instabilité, de confusion et de détresse (Meleis, 2000 citée par Alligood, 2017, traduction libre, p. 313).

3. ANCRAGE DISCIPLINAIRE

3.1. La théorie de la transition selon Meleis

En regard de la population étudiée et de la période clé dans laquelle elle se situe, la théorie de la transition selon Meleis s'adapte à la problématique abordée.

Selon Fawcett (2013), la théorie de Meleis est une théorie intermédiaire. Elle est reconnue comme étant plus concrète et plus étroite que les grandes théories. Elle est dite « à spectre modéré » et présente un niveau d'abstraction élevé en comparaison aux modèles conceptuels. Cette théorie fait partie du paradigme de l'intégration selon Pepin, Kérouac & Ducharme (2010).

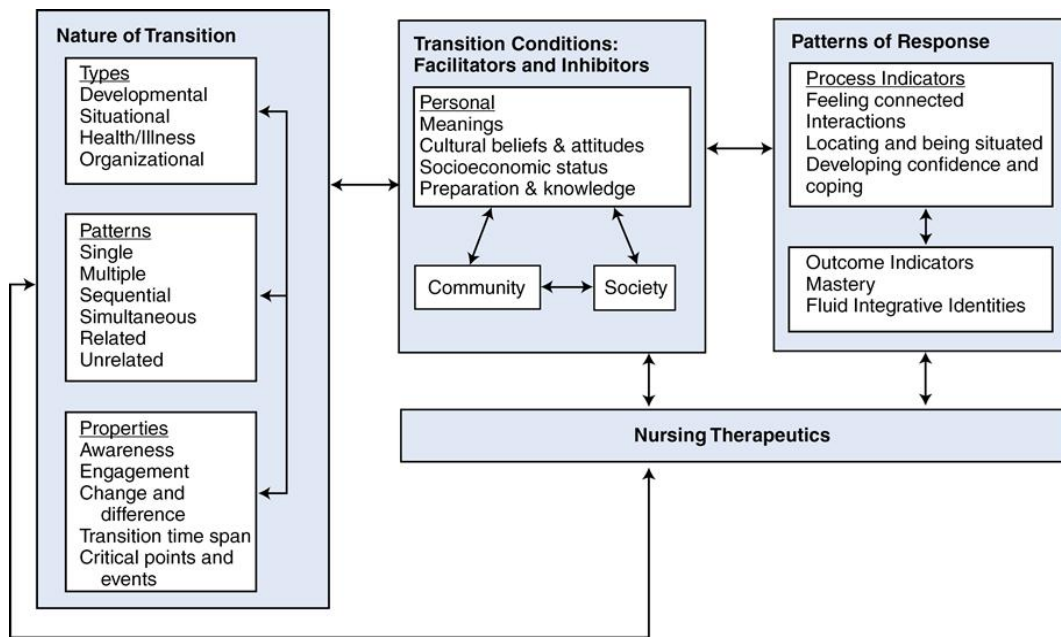
Ce paradigme met en avant le fait que lorsqu'un élément de l'environnement change, cela a des répercussions car tout est lié. Il est donc question d'identifier les différents facteurs ayant pu influencer ou interagir avec le phénomène produit. La personne est donc un être bio-psycho-social en interaction perpétuelle avec son environnement.

Cette théorie s'inscrit dans l'école des effets souhaités qui se pose la question de savoir pourquoi les infirmières³ font ce qu'elles font et s'inspire des théories de l'adaptation et du développement (stabiliser, retrouver un équilibre systémique ou préserver l'énergie) (Pepin et al., 2010).

Selon Meleis & Chick (1986), ces deux théories traitent les continuités et discontinuités dans le processus de vie de l'être humain. Ainsi, la transition est invariablement en lien avec le changement et le développement (traduction libre, p. 4).

³ Lire également au masculin dans tout le texte.

Figure 2. La transition selon Meleis



Tiré de : Alligood, 2014, p. 381

Les concepts majeurs de cette théorie incluent : les types et modèles de la transition, les propriétés des expériences transitionnelles, les conditions de transition (facilitatrices et inhibitrices), les modèles des réponses et les thérapies infirmières (Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

Il existe **plusieurs types de transitions** selon Meleis :

- Développementale : contient notamment le passage à la parenté ou encore l'adolescence vue comme une période de développement comportant de multiples transitions dont celle de l'image corporelle (Imle, 1990 ; Imle & Atwood, 1988 cités par Meleis, 2010, traduction libre, p. 39).
- Situationnelle : tels que les changements au niveau familial ou l'immigration (Meleis, 2010, traduction libre, p. 40).
- Santé et maladie : inclut le processus de récupération, la sortie de l'hôpital et le diagnostic de maladies chroniques (Meleis & Trangenstein, 1994, cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).
- Organisationnelle : qui représente les différentes transitions dans l'environnement : sphère sociale, politique, économique ou à l'intérieur d'une structure (Meleis, 2010, traduction libre, pp. 39-40).

D'après la théorie de Meleis, l'adolescence serait une transition développementale. Néanmoins, cette période peut contenir les trois autres types de transitions décrits.

Selon Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000), **les modèles de transition** incluent la multiplicité et la complexité. De nombreuses personnes font l'expérience de multiples transitions simultanées, ce qui rend difficile la distinction entre celles-ci et leur vie quotidienne. Les auteurs suggèrent de considérer que les transitions arrivent séquentiellement ou simultanément. Le degré de superposition de ces transitions et le point commun de ces associations entre les événements séparés ont initié les transitions pour la personne.

Toujours selon les auteurs, **les propriétés de l'expérience de transition** comprennent cinq concepts : *la conscience, l'engagement, le changement et la différence, la durée et les points critiques et événements*. Ils notent que ces propriétés d'expérience de transition ne sont pas fondamentalement séparées, mais sont inter-reliées comme un processus complexe.

La *conscience* est définie comme la « perception, la connaissance et la reconnaissance de l'expérience de transition. » Le niveau de conscience est fréquemment reflété par le « degré de congruence entre ce qui est connu des procédés et réponses et ce qui constitue un ensemble de réponses et perceptions des individus subissant des transitions similaires » (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

Selon Meleis et Chick (1986), une personne en transition doit avoir conscience des changements qu'elle est en train d'expérimenter ; la non prise de conscience du phénomène peut signifier que cette personne n'a pas encore commencé sa transition (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000) proposent plus tard que ce manque de conscience ne signifie pas forcément que la transition n'a pas débuté.

L'engagement est une autre propriété de la transition suggérée par les auteurs. Il fait référence au « degré auquel une personne démontre son implication dans le processus inhérent de la transition » (p. 382).

Le niveau de conscience est considéré comme influençant le niveau d'engagement ; il n'y a pas d'engagement sans conscience. Ils suggèrent que le niveau d'engagement d'une personne qui a cette conscience du changement est différent de celui d'une personne qui n'en a pas (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

Les changements et les différences qu'une personne expérimente dans sa ou ses identités, rôles, relations, habiletés et comportements sont supposés apporter un sens au mouvement

ou une direction aux processus internes et externes (Schumacher & Meleis, 1994, cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

Lorsqu'il y a une atteinte négative au niveau des changements et des différences expérimentés lors de l'adolescence, cela peut orienter de manière défavorable le vécu de sa transition.

Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000) assurent que toutes les transitions associent des changements, bien que ceux-ci ne soient pas toujours liés à ces dernières. Ils proposent ensuite que pour comprendre complètement une transition, il est essentiel de divulguer et d'expliquer les significations et influences des changements et leurs étendues (par exemple « nature, temporalité, importance perçue ou sévérité, normes et attentes personnelles, familiales et sociétales »). Les différences sont également nommées comme une propriété des transitions. Les auteurs posent l'hypothèse que les différences plus soutenues peuvent être démontrées par des attentes non satisfaites ou atypiques, le fait de se sentir différent ou de voir le monde et les autres de manières différentes. Ils conseillent également que les infirmières reconnaissent « le niveau du confort et de la maîtrise d'un client en faisant face aux changements et aux différences » (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383).

Si un adolescent n'a pas reçu les informations nécessaires sur les changements potentiels, celui-ci risque d'avoir des attentes insatisfaites, de se sentir à part ou de percevoir le monde et autrui d'une autre façon. Ceci peut alors le conduire à une transition incomprise.

La durée est également une propriété des transitions - toutes les transitions peuvent être caractérisées comme un mouvement perpétuel.

Selon Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000), il pourrait être problématique ou infaisable voire possiblement préjudiciable, d'encadrer cette période d'expériences de transition (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383).

Les points critiques et événements sont la propriété finale de transitions suggérée par Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000). Ils sont définis comme « marqueurs tels que la naissance, la mort, l'arrêt des règles, ou le diagnostic d'une maladie. » Les auteurs reconnaissent que les marqueurs spécifiques de ces événements ne sont pas évidents pour certaines transitions, bien qu'elles aient habituellement des points critiques et des événements. Ils sont habituellement liés pour intensifier la conscience des changements voire des dissimilarités ou de l'engagement dans le processus de transition. En outre, la théorie des transitions affirme que les points critiques finaux sont différenciés par un sentiment de « contrepoids » à travers de nouveaux plans, compétences, modes de vie et comportements de soin, et que la durée

de l'incertitude est caractérisée par des variations, des changements consécutifs et des interruptions d'existence (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383).

Les conditions de transitions

Les conditions de transitions sont « ces circonstances qui influencent la manière dont la personne évolue à travers la transition et qui facilitent ou gênent le progrès vers la réalisation d'une transition saine » (Schumacher & Meleis, 1994, cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383).

Selon Alligood (2014), ces conditions incluent la notion de personnel, la communauté ou les facteurs sociaux qui peuvent accélérer ou entraver le processus et les résultats d'une transition saine. Les conditions personnelles incluent les significations, les croyances et attitudes culturelles, le statut socio-économique, la préparation et les connaissances (traduction libre, p. 383).

Meleis, Sawyer, Im et al. (2000), ont considéré que les significations attachées à quelques événements accélèrent une transition et que le processus de transition lui-même accélérerait ou barrerait les transitions saines. Les croyances et attitudes culturelles, telles que les stigmas associés à une expérience de transition, influenceraient l'expérience de cette dernière, ainsi que le statut socio-économique. La préparation anticipée ou le manque de préparation pourrait faciliter ou faire obstacle aux expériences de transition. Les conditions communautaires (ressources communautaires) ou sociétales pourraient être facilitantes ou inhibantes pour les transitions. En comparaison aux conditions de transitions personnelles, le sous-concept des conditions communautaires ou sociétales tend à être sous-développé (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383).

Si les conditions de transitions d'ordre personnel, communautaire ou social chez un adolescent ne sont pas pleinement satisfaites, cela peut entraver le processus vers une transition saine.

Les modèles des indicateurs de réponses ou de processus et des résultats

Les indicateurs des transitions saines dans le cadre du travail de Schumacher & Meleis (2000) ont été remplacés par le modèle de réponse dans la théorie intermédiaire des transitions. Les modèles de réponse sont conceptualisés comme des indicateurs de processus et de résultats. Ces derniers caractérisent les réponses saines. Ils dirigent les clients dans la santé ou vers la vulnérabilité et le risque, incitent les infirmières à conduire l'évaluation et l'intervention tôt pour accélérer des résultats sains. Aussi, les indicateurs de résultat peuvent être utilisés pour

vérifier si la transition est saine ou non. Mais Meleis, Sawyer, Im et al. (2000) préviennent qu'ils peuvent être associés avec un événement non pertinent dans la vie des personnes s'ils sont évalués tôt dans le processus de transition. Les indicateurs de processus proposés par les auteurs incluent « les sentiments connectés, l'interaction, le fait d'être situé, le développement de la confiance et les stratégies pour faire face. » « Le besoin de sentir et de rester connecté » est un indicateur de processus d'une transition saine. À travers les interactions, les significations attachées à la transition et aux comportements causés par la transition peuvent être divulguées, analysées et comprises, ce qui habituellement aboutit à une transition saine. L'emplacement et le fait d'être situé en termes de temps, d'espace et de relation sont importants dans la majorité des transitions ; ceux-ci indiquent si la personne est orientée vers une transition saine. L'ampleur de la confiance que la personne en transition est en train d'expérimenter est un autre indicateur de processus d'une transition saine. Les indicateurs de résultat suggérés par les auteurs incluent la maîtrise et des identités ancrées dans ce processus évolutif. « Un achèvement sain d'une transition » peut être décidé par la mesure de maîtrise des compétences et des comportements que les personnes en transition démontrent pour gérer leurs nouvelles situations ou environnements. La reformulation de l'identité peut aussi représenter un achèvement sain d'une transition (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 384).

Chaque personne perçoit de manière différente les événements se présentant lors de la transition, avec parfois quelques similitudes, ce qui peut influencer les réactions et les réponses à ceux-ci et les rend de ce fait moins prévisibles même quand les circonstances sont semblables (Meleis & Chick, 1986, traduction libre, pp. 7-8).

Selon Meleis & Chick (1986), les transitions sont accompagnées par un large éventail d'émotions, dont beaucoup attestent des difficultés rencontrées pendant la transition.

Les différents schémas de réponses aux événements de la transition :

- La désorientation
- La détresse
- L'irritabilité
- L'anxiété
- La dépression
- Le changement dans l'estime de soi
- Le changement dans la performance du rôle
- Le changement dans le concept de soi
- Et plus encore (traduction libre, p. 8).

Lorsque l'adolescent vit sa transition avec des émotions internes trop fortes, l'une des réponses pour se décharger émotionnellement peut être l'automutilation.

Dans sa théorie de la transition, Meleis consacre un chapitre sur les thérapies infirmières pour accompagner les personnes vers une transition saine.

Thérapie infirmière

Schumacher et Meleis (1994) ont conceptualisé les thérapies infirmières comme « trois mesures qui sont largement applicables aux interventions thérapeutiques durant une transition. » Premièrement, ils proposent une évaluation de la volonté comme soin thérapeutique. Celle-ci se base sur les efforts thérapeutiques interdisciplinaires fournis et sur une pleine compréhension du client ; elle exige l'évaluation de chacune des conditions de transition afin de produire un croquis personnel de la volonté du client et permettre à des cliniciens et des chercheurs de déterminer les divers modèles de l'expérience de transition. Deuxièmement, la préparation à la transition est proposée comme un soin thérapeutique infirmier. La préparation à la transition inclut l'éducation comme modalité principale afin de produire la meilleure condition pour être prêt à une transition. Troisièmement, le rôle de supplémentation a été proposé par Meleis (1975) et utilisé par de nombreux chercheurs (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 384).

Selon Meleis (2010), la supplémentation de rôle se caractérise comme tout procédé réflexif au sein duquel l'insuffisance ou l'éventuelle insuffisance de rôle est déterminée par le rôle des personnes environnantes et par la manière d'éclaircir la fonction de chacun. Ce processus a pour but de pallier ou d'anticiper des potentielles insuffisances (cité par Alligood, 2010, traduction libre, p. 17).

3.2. Les métaconcepts

Les métaconcepts, ou concepts centraux, sont des termes clés qui résument les caractéristiques et les propriétés d'un phénomène, communs à chaque théorie de soin infirmière mais distincts par leur définition. Ils sont au nombre de quatre : personne, soin, santé et environnement.

3.2.1. La personne

L'adolescent va vivre une transition entre l'enfance et l'âge adulte. Celui-ci va acquérir de nouvelles caractéristiques en tant que nouvel adulte, un nouveau statut au sein de la société mais aussi dans sa famille et auprès de ses pairs. Ses relations amicales, familiales et son comportement vont subir des changements.

Toutes les transitions vécues par l'adolescent peuvent être plus ou moins bien vécues ; celui-ci peut mettre en place différentes stratégies de coping, dont l'automutilation, pour y faire face.

3.2.2. Le soin

Les infirmières, lorsqu'elles sont confrontées à un adolescent qui s'automutile, peuvent être le premier lien entre le jeune, l'environnement médical et sa famille lors de l'adolescence.

3.2.3. La santé

La période de l'adolescence est une transition qui peut être complexe et qui comporte des facteurs multidimensionnels, comme les changements corporels, sociaux et identitaires par exemple.

3.2.4. L'environnement

Un adolescent qui vit une transition peut être vulnérable selon son environnement, ses interactions avec autrui et ses expériences passées. Cette vulnérabilité peut conduire l'adolescent à mettre en place l'automutilation comme stratégie de coping, car le jeune se trouve dans une récupération inadaptée face à une transition non réussie.

3.3. Question de recherche finale

L'automutilation est donc une stratégie de coping qui peut être mise en place lorsque l'adolescent vit une transition qui peut lui être difficile, notamment s'il se sent vulnérable et a une estime de soi abaissée.

Pour pouvoir proposer des thérapies infirmières selon la théorie de Meleis, il faut connaître quelles sont celles qui sont efficaces ou non. De même, les attitudes infirmières vont être importantes pour accompagner l'adolescent vers une transition saine et maintenir une relation thérapeutique efficace.

Comment les soins infirmiers peuvent accompagner les adolescents qui s'automutilent vers une transition saine ?

4. MÉTHODE

Pour pouvoir répondre à la question de recherche, il a fallu trouver des écrits scientifiques de type qualitatif descriptif permettant de savoir quelles interventions infirmières efficaces mettre en place, sur la base de données probantes. Le but étant de prendre en soin un adolescent qui s'automutile et de l'accompagner vers une transition saine.

Pour cela, la mise en place de stratégies a permis l'émergence de neuf articles scientifiques pouvant appuyer et alimenter la discussion et les recommandations pour la pratique abordées plus tard dans ce travail.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de trouver des articles scientifiques pour étayer ce travail de recherche, les bases de données PubMed et CINAHL ont été utilisées.

Pour ce faire, la traduction sur HeTOP a nécessité l'identification des mots-clés à l'aide du PICOT pour obtenir une équation de recherche ciblée et adéquate sur les bases de données précitées.

Une fois la traduction des mots-clés faite, PubMed et CINAHL ont été parcourus afin de vérifier la concordance entre les Mesh Terms et ceux utilisés par les bases de données pour définir différentes équations de recherche.

Tableau 1. PICOT et Mesh Terms

	Mots-clés	Mesh Terms	CINAHL Terms
Population	Adolescent entre 10 et 19 ans qui s'automutile	Adolescent, teenagers, young people ; self mutilation, self harm, self injury	Adolescent, teenagers, young people ; self mutilation, self harm, self injury
Intervention	Thérapies infirmières	Nursing care, nurse	Nursing care, nurse
Comparaison	N/A	N/A	N/A
Outcome	Transition saine	Healthy transition	Healthy transition
Temporalité	N/A	N/A	N/A

PubMed :

Tableau 2. Équations de recherche sur PubMed

Date	Equation	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
26/04/2018	((adolescent) AND self mutilation) AND nursing care	33	8

02/05/2018	((adolescent) AND self harm) AND nurse	75	6
03/05/2018	((adolescent) AND self harm) AND nursing care	156	2
03/05/2018	((young people) AND self harm) AND nursing care	124	3
11/05/2018	(self-harm) AND transition	67	3
11/05/2018	(self injury) AND transition	450	2

CINAHL :

Tableau 3. Équations de recherche sur CINAHL

Date	Equation	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
26/04/2018	adolescent AND self mutilation AND nursing care	5	1
02/05/2018	adolescent AND self harm AND nurse	36	1
02/05/2018	(adolescents or teenagers or young adults) AND self-mutilation or self harm) AND (nursing care or nurse interventions)	38	0
03/05/2018	adolescent AND self harm AND nursing care	24	0
03/05/2018	young people AND self harm AND nursing care	24	0

Critères d'éligibilité :

Afin de sélectionner neufs articles pour étayer la discussion de ce travail de recherche, des critères d'éligibilité ont été définis.

Les articles devaient avoir un lien avec la question de recherche.

De plus, les articles retenus devaient concerner des études qualitatives. En effet, il était important d'obtenir le ressenti des patients et/ou des infirmières pour savoir quelles sont les interventions qui peuvent aider ou non les adolescents lorsqu'ils s'automutilent.

Critères d'exclusion :

Des critères d'exclusion ont été définis pour ne retenir que les articles qui semblaient être pertinents et pouvaient répondre à la question de recherche.

Les premiers critères ont été le titre de l'article et le résumé qui ne correspondaient pas à la question.

L'automutilation à but suicidaire ainsi que les troubles psychiatriques sous-jacents ont exclu certains articles. Seul un article avec un trouble de dépression a été gardé car il traite du concept de la transition selon Meleis. En effet, ce travail porte sur les adolescents qui vivent une transition non saine et qui s'automutilent afin de se soulager d'une tension interne. De ce fait, les diagnostics différentiels à l'automutilation n'ont pas été retenus pour la lecture.

Les articles non consultables, ceux ayant plus de dix ans et les revues de littérature ont été le troisième facteur d'exclusion.

4.2. Diagramme de flux

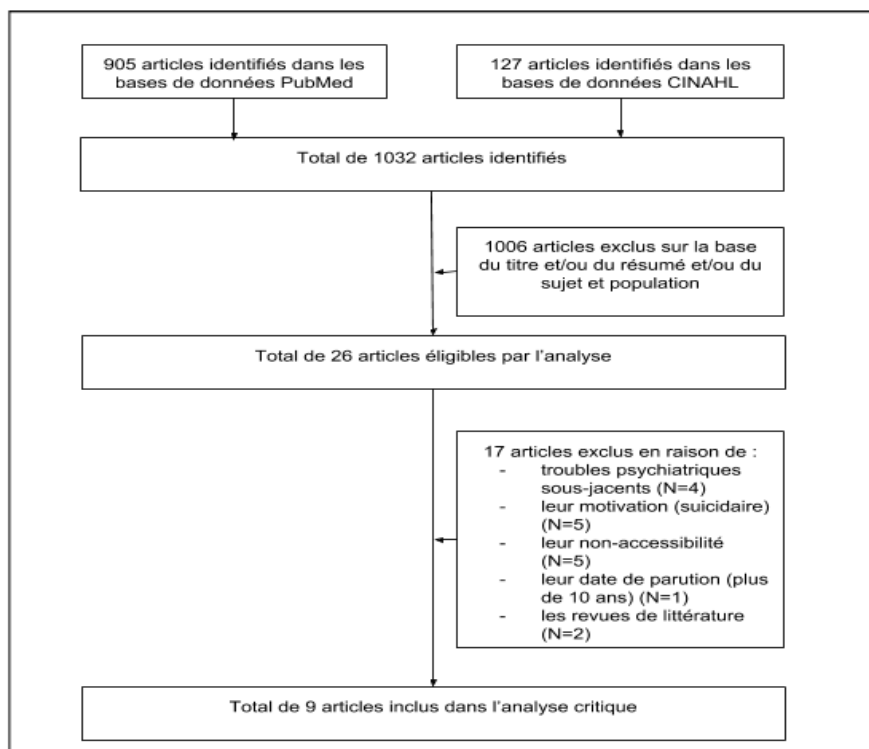
Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 4.

Comme dit auparavant, les bases de données PubMed et CINAHL ont été utilisées pour effectuer la recherche des articles.

Les équations et le PICOT étant précis, le nombre d'articles trouvés est moindre, en comparaison à des thèmes plus globaux, comme la dépression chez l'adolescent par exemple. Des critères de sélection et d'exclusion décrits plus haut ont été utilisés afin de permettre la sélection des neuf articles.

Les dix-sept articles non retenus ont été mis de côté pour potentiellement enrichir la discussion qui aura lieu par la suite.

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



5. RÉSULTATS

Suite à la lecture des neuf articles retenus pour leur analyse, deux d'entre eux sont détaillés sous forme de fiche de lecture se trouvant en annexe (3).

5.1. Analyse critique des articles retenus

5.1.1. *Thomas, J. B. & Haslam, C. O. (2017). How people who self-harm negotiate the inpatient environment : the mental healthcare workers perspective*

Cinq thèmes ressortent de cette étude.

Bénéfices et inconvénients d'un milieu hospitalier sur les personnes qui s'automutilent :

- Bénéfices : Le nonaccès aux objets permettant de s'automutiler diminue les risques de passage à l'acte mais ne les empêche pas.
- Désavantages : la certitude des patients de ne pas pouvoir survivre sans automutilation est diminuée lorsqu'il y a un fort contrôle de cet environnement sur les personnes. De même, un espace restreint comme un environnement hospitalier crée une proximité, ce qui peut déclencher des pulsions d'automutilations chez les patients lorsqu'un des usagers passe à l'acte. Enfin, la qualité de vie peut être gênée, notamment lorsque l'aspect physique prime sur l'aspect psychique.

Détresse et pulsion menant à l'automutilation :

Ces deux aspects ont été identifiés comme des vecteurs de l'acte qui peuvent altérer la qualité de la relation thérapeutique s'ils ne sont pas correctement pris en compte par l'équipe soignante.

Effets négatifs de la détresse quand le milieu hospitalier ne parvient pas à y répondre :

Lorsque des moyens ne sont pas proposés pour diminuer cette détresse, les personnes trouveront d'autres alternatives plus dangereuses et accessibles pour y pallier (restriction alimentaire, brûlures, sommeil, médicaments, etc.). L'équipe soignante a pu observer que quelques personnes s'automutilent pour entretenir cette détresse en éprouvant des sentiments de culpabilité. Les réponses négatives de la part de l'équipe peuvent également entretenir cette détresse.

Moyens fournis par l'environnement hospitalier pour diminuer les actes d'automutilation en proposant aux personnes des alternatives pour gérer leur détresse :

Il s'est avéré que l'équipe soignante, lorsqu'elle est disponible et possède une bonne relation thérapeutique, est un soutien non négligeable en tant qu'alternative à l'automutilation. Les personnes peuvent également trouver une activité comme alternative mais aussi avoir un soutien social.

Les différentes variables qui ont une influence sur les réponses au milieu hospitalier :

Les caractéristiques individuelles de chaque patient (âge, sexe, expérience de la maladie), les caractéristiques circonstancielles (s'ils ont été confrontés à un acte d'automutilation dans cet environnement hospitalier), la qualité de la relation thérapeutique, les ressources de l'équipe soignante, la disposition des personnes à changer et leur santé psychologique au sens plus large et enfin les autres patients qu'ils côtoient.

5.1.2. Rissanen, M.-L., Kylmä, J. & Laukkanen, E. (2009). *Descriptions of help by Finnish adolescents who self-mutilate*

Trois catégories ont émergé.

Les personnes aidantes :

Plusieurs personnes peuvent venir en aide aux adolescents dès que celles-ci sont au courant qu'il y a automutilation : les camarades de même âge, les proches, incluant les adultes inconnus, les professionnels de la santé et du social, les professeurs et conseillers scolaires et les parents. Les adolescents insistent sur le fait que c'est le devoir des adultes d'intervenir.

Les facteurs permettant de demander de l'aide :

La deuxième catégorie est divisée en deux : les facteurs permettant d'activer la demande d'aide et les facteurs la favorisant :

- Être conscient d'avoir besoin d'aide
- La connaissance de l'automutilation en tant que phénomène

- La connaissance de l'aide disponible pour l'automutilation
- Un environnement "caring"
- Toutes sortes de soutien de la part des amis, des pairs et des parents
- Une intervention pratique et permettant d'intervenir tôt pour toutes sortes de problèmes des adolescents
- L'intervention chez les adolescents qui s'automutilent
- Apprendre à discuter en général et spécifiquement sur l'automutilation, sur toutes sortes d'émotions et sur des expériences difficiles
- Le soin authentique pour les adolescents
- Des activités propres aux adolescents, ni constructives ni destructives

Les facteurs ne contribuant pas à demander de l'aide :

- Être inconscient d'avoir besoin d'aide
- L'incapacité à demander de l'aide
- Les facteurs émotionnels comme la honte, la peur, la culpabilité, le souhait et/ou le besoin de se débrouiller tout seul
- L'inconscience de l'automutilation en tant que phénomène
- L'inconscience de l'aide disponible pour l'automutilation
- Être laissé sans aucune intervention
- L'absence de réponse / pas de réaction à l'automutilation
- La sous-estimation ou surestimation du sens de l'automutilation
- Rester silencieux au sujet de l'automutilation
- Les réactions émotionnelles négatives des adultes
- Des attentes au-dessus des capacités des adolescents à se débrouiller par eux-mêmes de par les adultes et par les adolescents

5.1.3. Tofthagen, R., Talseth, A.G. & Fagerstrom, L.M. (2017). *Former patients' experiences of recovery from self-harm as an individual, prolonged learning process : a phenomenological hermeneutical study*

Trois thèmes ont été mis en avant :

L'élément déclencheur comme départ à un processus de transition :

- Choisir la vie : les participants se sont automutilés pendant de nombreuses années, utilisant plusieurs formes de manière alternée ou simultanée. Ils ont éprouvé la nécessité d'augmenter le degré d'automutilation pour pouvoir éprouver le même sentiment de soulagement. De ce fait, leur automutilation était devenue une addiction, ou un comportement planifié ou impulsif. Quelques participants révèlent que leur action était secrète, solitaire et honteuse. Leur douleur physique était souvent plus facile à surmonter que la douleur mentale. Beaucoup ont été effrayé de leur comportement et

ont choisi de l'arrêter ou de le réduire. Quelques participants ont atteint ce moment clé dans leur processus de guérison lorsqu'ils ont eu une relation stable ou soutenante, des enfants, un travail qu'ils souhaitaient conserver ou le désir de ne pas affecter leur famille.

- Verbaliser expressément sa propre douleur interne : l'automutilation était le seul moyen d'exprimer le fait de ne pas pouvoir s'affirmer ou d'être vu dans des relations, de se sentir seul, d'avoir une faible estime de soi ou des symptômes d'une maladie mentale. Lorsque les participants ont compris leur douleur interne et qu'ils ont commencé à avoir une plus grande estime d'eux-mêmes, le respect d'eux-mêmes a augmenté et les automutilations ont diminué, ce qui leur a permis de mettre des mots sur leur souffrance interne.
- Se réconcilier avec sa propre histoire de vie : tous les participants ont eu une enfance difficile (abus, intimidations, responsabilités d'adultes). Le fait de partager leur histoire plus tôt aurait permis à certains de ne pas vivre avec de la culpabilité ou de la solitude. Certains voient leurs cicatrices comme faisant partie intégrante de leur histoire de vie, avec parfois une stigmatisation comme ayant une maladie mentale, ce qui peut être difficile dans la réconciliation avec leur histoire de vie.

Faire face à la vie de tous les jours - un processus individuel :

- Choisir d'autres actions à la place de l'automutilation : écouter de la musique, pleurer, exercer une activité physique, respirer profondément, regarder la télévision ou écrire. Il est difficile pour certains d'affirmer qu'ils ne s'automutileront plus jamais et considèrent cela comme une maladie et non comme une action volontaire.
- Participer à ses propres besoins basiques et physiques : les participants reconnaissent ne plus être en mesure de s'occuper de leurs besoins primaires, physiques ou de reconnaître les signes physiques précurseurs du stress, ce qui peut augmenter leur vulnérabilité physique et déclencher leur besoin de s'automutiler. Les participants reconnaissent avoir besoin d'aide et de soutien pour qu'ils puissent prendre progressivement leur responsabilité envers leur propre santé, apprendre à gérer leur stress et trouver des solutions pour la vie de tous les jours afin d'avoir une vie plus stable.

Valoriser les relations proches et les relations avec les infirmières en santé mentale - un processus social :

- Recevoir un soutien des relations proches : cela inclut tous les types de relations (familiales, amoureuses ou amicales). Certains participants sont heureux que leur relation ait perduré lorsqu'ils étaient malades, d'autres ont vu leur relation changer avec le temps, et d'autres n'ont rien dit au sujet de leur automutilation, de peur d'alourdir la

souffrance des autres. Les familles de certains ont expérimenté le sentiment d'impuissance lors des différentes phases de la maladie.

- Bénéficiaire de conseils d'orientation de la part des infirmières en santé mentale : pour recevoir de l'aide et un accompagnement, les participants ont décrit le besoin d'être ouverts quant à leur souffrance. Ce qui a été aidant est le fait que les infirmières ont pu observer et retracer leur souffrance ainsi que les modèles d'automutilation, mais aussi les distraire de cet acte lorsqu'ils ont été incapables de le faire eux-mêmes. Les participants ont reconnu qu'avoir été forcés de suivre des soins a été positif. Les infirmières ont promu le respect d'eux-mêmes et les ont aidés à développer leur estime lorsqu'ils étaient bien accueillis. Le fait de ne pas les définir par leur maladie a été aidant. Enfin, les participants ont pu expérimenter le fait que les infirmières lorsqu'elles sont orientées vers une solution, flexibles, sincères et cherchent à comprendre, transcendent le rôle professionnel.

Le rétablissement comme un processus d'apprentissage prolongé et individuel :

Le processus de rétablissement est avancé quand les participants ont appris progressivement à mieux se comprendre eux-mêmes et ont amélioré leur estime. Ils ont compris que le rétablissement prenait du temps et que le processus d'apprentissage est tout au long de la vie avec différentes phases, où le désir d'aller mieux est une notion centrale et décisive.

5.1.4. McAndrew, S. & Warne, T. (2014). *Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers.*

Des facteurs qui prédisposent, déclenchent et maintiennent le comportement d'automutilation ont été identifiés : l'intimidation, les événements de vie significatifs et problèmes familiaux et/ou scolaires.

De plus, les découvertes de cette étude impliquent aussi le rôle des amis dans la prise de décision pour utiliser l'automutilation comme une stratégie d'adaptation. Les participants ont discuté de comment les récits des amis ont eu un impact sur leur décision de s'automutiler ; en effet ces derniers les informaient des avantages que l'automutilation apporte en termes de soulagement du stress.

Trois thèmes ont été mis en avant : la réduction du stress, les différentes dimensions d'aide et les moyens pour réduire l'incidence d'un tel comportement.

Réduire le stress :

L'automutilation est maintenue par son apport de soulagement. Cependant, les participants ont aussi parlé de ses effets négatifs et leur honte dans la pratique de ce comportement. Il apparaît que la honte, en raison du stigmate perçu, pourrait avoir inhibé ces jeunes à chercher de l'aide.

Les dimensions diverses d'aide :

Des caractéristiques d'aide ont été identifiées comme importantes, facilitant une expérience positive des services : être écouté, ne pas être jugé, la confidentialité, la confiance et le fait d'avoir l'occasion de parler à quelqu'un hors de la famille, des amis ou de l'école. Ces aspects ont joué un rôle central par rapport aux jeunes, se sentant en sécurité pour discuter de leurs problèmes.

Réduire l'incidence d'un tel comportement :

Cela met non seulement en évidence le rôle de l'école, mais attire aussi l'attention sur le fait que si les jeunes avaient su demander de l'aide, ils auraient pu ne pas avoir senti le besoin d'amorcer le comportement d'automutilation.

5.1.5. Doyle, L. (2018). *Attitudes toward adolescent self-harm and its prevention: The views of those who self-harm and their peers.*

Le point de vue des participants a été sollicité pour savoir s'ils sont d'accord ou non avec cinq déclarations d'attitudes des jeunes qui s'automutilent :

1. La plupart des jeunes qui s'automutilent sont seuls et déprimés
2. La plupart des jeunes qui s'automutilent le font sous l'impulsion du moment
3. La plupart des jeunes qui s'automutilent se sentent suicidaires
4. La plupart des jeunes qui s'automutilent tentent d'attirer l'attention
5. La plupart des jeunes qui s'automutilent pourraient être empêché de le faire

Le niveau le plus fort de personnes interrogées (65.3%) est en accord avec la déclaration « la plupart des jeunes qui se nuisent pourrait avoir été empêché par autrui de faire ainsi ». Une majorité de participants a aussi été en accord avec la déclaration que la plupart des jeunes qui s'automutilent sont solitaires et déprimés (64.6%).

Trois déclarations d'attitudes, où des différences significatives étaient évidentes dans le niveau d'accord ou de désaccord entre les groupes (ceux qui s'automutilent et ceux qui ne le font pas), ont été rapportées :

1. La plupart des jeunes qui s'automutilent sont solitaires et déprimés : 26.5% du groupe qui s'automutilent ne sont pas d'accord contre 14.6% de l'autre groupe.
2. La plupart des jeunes qui s'automutilent le font sous l'impulsion du moment : 45.4% du groupe qui s'automutilent ne sont pas d'accord contre 25.6% de l'autre groupe.
3. La plupart des jeunes qui s'automutilent essaye d'attirer l'attention : 56.9% du groupe qui s'automutilent ne sont pas d'accord contre 35.9% de l'autre groupe.

A la question : Qu'est-ce qui peut empêcher l'automutilation ? Un certain nombre de participants a fourni des réponses multiples : un total de 71 réponses des 58 participants qui s'automutilent et 969 réponses des 469 participants qui ne pratiquent pas l'automutilation.

Les différentes réponses sont :

- Parler à quelqu'un
- Mettre le focus sur le facteur déclenchant
- Demander de l'aide professionnelle
- Sensibiliser sur la santé mentale
- Rien ne peut être fait
- Ne sait pas
- Mécanismes d'adaptation alternatifs / activités
- Considérer l'impact sur les autres

39.6% du groupe de personnes qui s'automutilent et 43 % de ceux qui ne pratiquent pas l'automutilation ont opté pour le fait de parler à quelqu'un.

5.1.6. Lindgren, E., Söderberg, S. & Skär, L. (2015). *Swedish Young Adults' Experiences of Psychiatric Care Transition to Adulthood.*

Le soutien (condition préalable de la transition vers l'âge adulte) est décliné en cinq sous-catégories :

Être motivé pour continuer le soin :

Il est important qu'une relation soit établie pour que les jeunes adultes continuent le soin. Sans un sentiment de confiance, il leur est difficile de s'ouvrir et parler. La connexion a été créée au début de la relation ; les premières rencontres avec les jeunes ont été cruciales pour être stimulés. Pour être en mesure de créer une relation de confiance et de se sentir en sécurité, les jeunes déclarent avoir besoin de continuité dans le suivi thérapeutique avec des réunions régulières et un plan de traitement. Ceci a donné une structure à la prise en soin, a contribué à un sentiment d'assurance et à être pris au sérieux. Le manque de continuité a abouti à un manque de motivation.

Être rencontré en tant que personne :

Ils racontent avoir eu des rencontres encourageantes quand les professionnels les ont traités sans abus de pouvoir et les ont vus comme une personne unique au lieu d'un nouveau patient. Les adolescents expriment l'importance que les professionnels aient certaines compétences pour communiquer avec eux.

Être encouragé pour exprimer des sentiments :

Il est primordial que les jeunes adultes soient soutenus pour s'exprimer et verbaliser ce qu'ils ressentent. Les adolescents déclarent qu'une relation de confiance et d'attention est importante pour être capable d'extérioriser leurs émotions et sentiments. Ces derniers témoignent qu'il est difficile de parler des événements de la vie et ont besoin du soutien des professionnels pour communiquer des émotions et des sentiments. De ce fait, les professionnels sont en mesure de répondre à leurs besoins. Ils proclament également que les professionnels doivent savoir « lire entre les lignes » et aborder un sujet avec des questions de suivi et ainsi les soutenir pour mettre des mots sur leurs sentiments et pensées. En outre, des jeunes avouent la difficulté d'exprimer ce qu'ils veulent dire par des mots et essayent donc de communiquer autrement. Un jeune adulte explique que l'automutilation peut être une façon de communiquer un besoin afin que quelqu'un écoute et comprenne l'expression de ses sentiments.

L'importance d'un environnement de soutien :

L'environnement physique peut être un soutien et une contribution aux relations, mais mène aussi à une souffrance accrue. Les jeunes adultes évoquent l'importance d'un environnement de soutien pour recevoir le soin. Tant en unités psychiatriques qu'en soins communautaires, un lieu familier avec des meubles intimes est décrit comme soutenant. Ils expliquent qu'un milieu avec la possibilité de socialiser tant avec des patients que des professionnels facilite la création de relations. Un tel espace contribue au sentiment d'être une personne à part entière au lieu d'un « simple patient » et permet aux adolescents de s'efforcer ainsi d'atteindre le rétablissement. Les patients hospitalisés ont également dépeint un endroit où ils peuvent se sentir en sécurité et être aidés à cesser de s'automutiler. Ils expriment que leurs symptômes ont augmenté dans un environnement dépourvu de soutien et de possibilité de se socialiser.

Le processus vers un nouveau départ :

Ce sous-thème aborde les expériences de transitions vers l'âge adulte et comment celles-ci augmentent la motivation pour atteindre la guérison et conduire à un nouveau départ. Les adolescents décrivent les expériences d'être en transition vers l'âge adulte à la fois effrayantes et agréables. Certains avouent qu'ils avaient peur d'être responsables de leur propre vie, tandis que d'autres pensaient que c'était un soulagement de grandir et d'être plus indépendants. Les relations étroites avec leurs proches donnent aux jeunes de l'espoir et un but dans la vie, même s'il est difficile de partager leurs sentiments et leurs émotions avec eux. La plupart des adolescents décrivent que le soutien des personnes significatives est crucial pour leur transition vers l'âge adulte et leur rétablissement. De plus, ils parlent des amitiés qui les ont conduits à une meilleure estime et confiance en eux. Une jeune adulte évoque le changement dans ses relations une fois qu'elle a gagné le courage de se voir comme une personne en bonne santé, commençant le processus de récupération. Les sujets décrivent à

quel point il est important pour leur rétablissement de poursuivre leurs études, de trouver un emploi et d'avoir des activités quotidiennes. Certains ont reçu un soutien important de l'école grâce à un mentor ou un enseignant qui a fait un effort supplémentaire et a compris leur situation.

5.1.7. Rissanen, M.-L., Kylma, J. & Laukkanen, E. (2012). *Helping Self-Mutilating Adolescents : Descriptions of Finnish Nurses.*

Point de vue de ces infirmières sur l'automutilation des adolescents :

L'automutilation est parfois vue et vécue par ces adolescents comme une manière de s'aider et se soulager par eux-mêmes lorsqu'ils se sentent mal. Ce ressenti s'apparente par ailleurs à d'autres sentiments voire pathologies, tels que la dépression ou autres : « Elle s'automutile parce qu'elle essaie de soulager sa dépression. C'est un effort pour attraper le mauvais sentiment intérieur en quelque sorte ... ».

La pratique de l'automutilation peut également être une manière de réclamer de l'aide (dans le cas où les adolescents sont incapables de s'aider eux-mêmes) et de l'attention, en espérant se rendre visible par cet acte.

Selon les infirmières participantes, les adolescents ne demandent parfois pas d'assistance dans le sens où cette pratique peut être vue et représentée comme un phénomène de mode, ce qui n'inclut plus la notion de « mauvaise action » : « Parfois dans un groupe de partenaires, ils expérimentent, par exemple avec l'automutilation, un phénomène de mode dont ils veulent faire partie ».

Les personnes capables de venir en aide :

D'après les praticiennes ayant répondu à cette étude, les aides comprennent les parents, le personnel scolaire, les camarades du même âge et les infirmières. Il est à noter que ces dernières ne sont pas vues comme une référence absolue. Une personne venant en aide ou intervenant dans la vie de cet adolescent n'a pas la nécessité d'avoir une fonction ou profession particulière, elle doit « uniquement » entretenir une relation de confiance avec celui-ci et agir en vue de son mieux être.

Selon les infirmières, les parents se doivent d'être la première référence pour accompagner leurs enfants et adolescents s'automutilant. Néanmoins elles soulignent que diverses limites ou freins sont présents dans cette capacité d'aide de la part des parents, tels que des problèmes individuels, des interactions incompétentes entre parents et adolescents, leurs compétences parentales, une attitude négative, une sous-estimation ou dénigrement envers des problèmes psychologiques et le manque de sensibilisation à l'automutilation des adolescents.

Enfin, le personnel scolaire (enseignants et autres adultes) peut être une source d'accompagnement et d'aide non négligeable.

Le contenu de l'aide des professionnels contribuant au développement sain des adolescents :

Les actes d'aide prodigués par les professeurs et autres personnels de l'école sont de promouvoir un développement sain, d'empêcher l'automutilation ou d'interférer dans cette pratique. Les stratégies de prévention de l'automutilation sont le développement des adolescents, l'appréciation, le soutien et l'aide à faire face à la vie.

Les auteurs soulignent une différence entre aider et soigner.

« Aider », ici, fait référence à l'aide fournie par l'adolescent lui-même, ses parents, son école, ou les camarades de son âge, tandis que « soigner » se réfère aux soins fournis par des infirmières professionnelles.

Les soins dispensés par les infirmières sont :

Le « holding », la parole sur l'impact des cicatrices d'automutilation, les groupes thérapeutiques, la prévention, la discussion famille-adolescent, le travail sur l'espoir et la capacité de changement et l'écoute concernant d'éventuels traumatismes passés.

Les adolescents qui s'automutilent ont besoin d'aide et d'accompagnement. La relation de confiance entre celui-ci et son « aide » est un aspect primordial pour les soins. Les objectifs sont axés sur le mental et le physique. Leur contenu comprend les soins psychiatriques, sociaux et des actes concrets.

5.1.8. Cleaver, K., Meerabeau, L. & Maras, P. (2014). Attitudes towards young people who self-harm : age, an influencing factor.

Les praticiens ayant répondu à ces enquêtes et participé aux entretiens ont eu des attitudes plus positives envers les jeunes qui s'automutilent plutôt qu'envers ceux ne pratiquant pas cet acte.

Les ensembles de données collectées montrent la présence d'ambivalence et d'ambiguïté dans les attitudes.

Les données qualitatives recueillies révèlent que le personnel soignant a tendance à se montrer plus empathique, plus contenant avec les adolescents s'automutilant en raison, d'après eux, de leur âge et de leur immaturité. Ils tendent à ne pas les tenir responsables de leurs pratiques autodestructrices, ce qui influence grandement la prise en soin prodiguée.

Les praticiens interrogés reconnaissent qu'ils attribuent aux adolescents un faible contrôle de leurs actes, ce qui augmente leur envie de les aider, de les soutenir voire de les défendre.

5.1.9. Skärsäter, I. & Willman, A. (2006). *The Recovery Process in Major Depression : An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions.*

Le modèle de Meleis définit la transition comme un passage ou un mouvement d'une phase de vie, une condition ou un statut à un autre ; l'expérience d'une transition entraîne une perception nouvelle de la santé, une nouvelle signification.

Les résultats obtenus lors de cette étude ont été triés et intégrés selon les caractéristiques de transition nommées par Meleis dans son modèle, que sont la nature et les conditions de celle-ci et les modèles de réponse.

Les types et les modèles transitionnels regroupent le développement, les transitions situationnelles et organisationnelles et les expériences de santé-maladie.

Le fait d'avoir vécu l'expérience d'un épisode de dépression majeure permet d'amorcer une prise de conscience et un changement de leurs circonstances et styles de vie, et les habilite à trouver la force de s'orienter vers la récupération et la santé.

Les liens entre les transitions sont mis en évidence tout au long des récits des hommes et des femmes. La seconde analyse met en exergue la compréhension du concept de transition dans le processus de récupération de dépression majeure. D'après la théoricienne, les soins infirmiers et les interventions se doivent d'être adaptés et en lien avec les valeurs et les besoins des personnes prises en soin. Il est primordial de cibler et de développer des interventions infirmières permettant le soutien du processus de récupération.

Les soins infirmiers et les interventions sont plus efficaces et fortement recommandés dès le début du processus de récupération.

Le processus à privilégier pour les hommes et femmes atteints de maladie mentale est de développer leur capacité à participer activement à leur prise en soin.

Le fait d'anticiper et de planifier une transition permettrait de réaliser cet objectif, en prodiguant des soins adaptés s'orientant vers le soutien d'une bonne qualité de vie. Il s'agirait d'accroître les capacités de la personne à faire face à des situations difficiles et apprendre à celle-ci à les résoudre, travailler sur de la détection et de l'intervention précoces, ainsi que sur les moyens de les soutenir. Il serait nécessaire de former les personnes et leurs proches à reconnaître les signes d'apparition et les stratégies de gestion de la dépression.

5.2. Tableau comparatif

Afin de synthétiser les articles retenus, le contenu de ces derniers est présenté sous forme de tableau. Les neuf articles sont des études qualitatives, prenant en compte la perception des adolescents et/ou des soignants. Chaque recherche met en évidence des résultats pouvant argumenter et/ou appuyer la discussion qui s'en suivra. Des limites sont apparues et ont permis la critique du contenu et de la méthode de recherche des études.

Tableau 4. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

N°	<ul style="list-style-type: none"> • Auteurs- • Année • Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Population • Type d'étude • But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode/ Instruments de mesure • Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats principaux : • Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
1	<ul style="list-style-type: none"> • Thomas, J. B. & Haslam, C. O. 2017 • Dans un environnement hospitalier en Angleterre 	<ul style="list-style-type: none"> • Dix professionnels de la santé mentale de 23 à 31 ans (8 femmes et 2 hommes) avec de l'expérience travaillant dans un environnement hospitalier où des usagers sont hospitalisés. • Étude de type qualitative avec interview par téléphone. • Explorer les dommages potentiels que la prévention peut causer, explorer comment l'équipe tente d'influencer la négociation au sujet de la prévention de l'automutilation auprès des usagers dans un environnement hospitalier et identifier les facteurs que l'équipe a observés comme influençant leurs interventions. 	<p>Entrevue avec questions ouvertes effectuée par téléphone, dont les questions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le rôle des participants dans leur occupation • leur expérience • comment interviennent-ils dans leur rôle et comment leurs interventions affectent les usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Thème 1 : les caractéristiques d'un environnement hospitalier dans la relation de l'automutilation • Thème 2 : les expériences de détresse et de pulsions dans l'automutilation dans un environnement hospitalier • Thème 3 : quand l'environnement hospitalier ne fournit pas aux usagers des moyens pour gérer la détresse • Thème 4 : moyens fournis par l'environnement hospitalier pour diminuer les actes d'automutilation en proposant aux personnes des alternatives pour gérer leur détresse • Thème 5 : les variables qui influencent les réponses à l'environnement hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> • petit échantillon et approche qualitative ce qui ne peut pas permettre une généralisation des résultats obtenus • guidé par l'existence de preuves concernant le rôle fonctionnel et significatif de l'automutilation → interprétation d'autres thèmes possiblement écartés • n'indique pas combien d'environnements hospitaliers ont été utilisés, ni les lieux • ne fait nullement état de "négociation" dans les résultats

N°	<ul style="list-style-type: none"> • Auteurs- • Année • Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Population • Type d'étude • But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode/ Instruments de mesure • Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats principaux: • Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
2	<ul style="list-style-type: none"> • Marja-Liisa Rissanen, Jari Kymä & Eila Laukkanen • 2009 • Finlande 	<ul style="list-style-type: none"> • 72 adolescentes ont participé à l'étude. Ce sont des adolescentes qui s'automutilent ou s'étaient automutilées. • 62 adolescentes pour la partie descriptive, âgées de 12 à 21 ans, et 10 adolescentes (15-19 ans) pour la partie entrevue. • Étude de type qualitative descriptive. • Fournir une description de l'aide et des facteurs aidant du point de vue des adolescents qui s'automutilent avec leurs propres mots. 	<ul style="list-style-type: none"> • Description écrite et entrevue. • Description : les auteurs ont recruté les participantes à l'aide de publicités dans 4 magazines pour adolescents, le site internet des magazines et le site web d'une des chercheuses. Les descriptions ont été récoltées de façon anonyme par mail ou e-mail. • Pour les entrevues, les participantes ont répondu de manière individuelle à des questions ouvertes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les aidants : <ul style="list-style-type: none"> • camarades de même âge • proches • adultes (adultes inconnus, les professionnels de la santé et du social, les professeurs, les conseillers scolaires et les parents) - Les facteurs contribuant à demander d'aide : <ul style="list-style-type: none"> • facteurs qui activent la recherche d'aide • les facteurs aidants - Les facteurs non favorables à la demande d'aide : <ul style="list-style-type: none"> • les facteurs qui nuisent à la recherche d'aide • les facteurs nuisibles 	<ul style="list-style-type: none"> • l'échantillonnage de faible quantité qui ne permet pas une généralisation des données obtenues • toutes les personnes interviewées sont des adolescentes, ce qui ne permet pas une distinction des genres • les données sont envoyées anonymement et ne permettent pas de conclure de leur fiabilité • de même, impossible de savoir si chaque personne n'a répondu qu'une seule fois à l'étude • en raison de la date de l'étude et de la taille de l'échantillon, les données sont-elles encore actuelles et applicables en Suisse

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
3	<ul style="list-style-type: none"> Randi Toftagen, Anne Grethe Talseth & Lisbeth Maria Fagerstrom 2017 Norvège 	<ul style="list-style-type: none"> 8 participants (1 homme et 7 femmes), de plus de 18 ans, ne s'étant plus automutilés depuis 2 ans et étant dans un processus de rétablissement. Approche herméneutique phénoménologique influencée par la philosophie de Ricoeur en 1976 et développée par Lindseth et Norberg en 2004. Explorer, décrire et comprendre les expériences des anciens patients s'automutilant qui se sont rétablis. 	<ul style="list-style-type: none"> Des entrevues ont été conduites durant l'automne 2013. Les données ont été transcrites et anonymisées. Les interviews ont eu lieu là où les participants le souhaitent (lieu de travail, à leur maison ou dans une salle de conférence dans un hôtel). 	<ul style="list-style-type: none"> - Thème 1 : le moment clé comme début d'un processus de transition <ul style="list-style-type: none"> • Choisir la vie • Verbaliser expressément sa propre douleur interne • Se réconcilier avec sa propre histoire de vie - Thème 2 : faire face avec la vie de tous les jours - un processus individuel <ul style="list-style-type: none"> • Choisir d'autres actions, à la place de l'automutilation • Participer à ses propres besoins basiques et physiques - Thème 3 : valoriser les relations proches et les relations avec les infirmières en santé mentale - un processus social <ul style="list-style-type: none"> • Recevoir un soutien des relations proches • Bénéficier des conseils d'orientation de la part des infirmières en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • l'échantillon limité à 8 participants • un seul homme, donc la différence des genres n'a pas pu être explorée • la difficulté à recruter d'anciens patients car l'automutilation est difficile émotionnellement • la généralisation de l'étude sur des patients en Suisse • l'application de ces résultats chez des adolescents

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu+pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
4	<ul style="list-style-type: none"> Sue McAndrew & Tony Warne 2014 Royaume-Uni 	<ul style="list-style-type: none"> Sept adolescentes s'automutilant de 13-17 ans. (P.3) Recherche qualitative, adoptant une analyse phénoménologique interprétative. Le but de l'étude est d'apporter des récits de jeunes qui pratiquent l'automutilation, dans l'objectif d'identifier ce qui est utile ou non pour eux en terme de prise en soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données ont été rassemblées via des entretiens avec sept participantes et analysées en deux étapes : une analyse de chaque récit individuel et une analyse thématique à travers le groupe. La recherche qualitative, adoptant une analyse phénoménologique interprétative a été utilisée pour susciter les récits d'adolescentes s'engageant dans l'automutilation. 	<p>Un certain nombre de facteurs qui prédisposent, déclenchent et maintiennent le comportement d'automutilation ont été identifiés. Ceux-ci incluent l'intimidation, événements de vie significatifs et problèmes familiaux et/ou scolaires. De plus, les découvertes de cette étude impliquent aussi le rôle des amis dans la prise de décisions pour utiliser l'automutilation comme une stratégie d'adaptation. Trois thèmes ont été mis en avant : la réduction du stress, les différentes dimensions d'aide et les moyens pour réduire l'incidence d'un tel comportement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> tous les participants sont des femmes. le recrutement à l'étude était difficile et ceci pourrait avoir été dû à la nature sensible du sujet et/ou la honte qui semble être liée à l'automutilation.

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
5	<ul style="list-style-type: none"> Louise Doyle 2018 Dublin, Ireland 	<ul style="list-style-type: none"> Le recrutement pour cette étude a été entrepris dans des écoles post-primaires à Dublin. Au total, 11 écoles ont participé et représentent les différentes classes sociales. Un total de 856 étudiants à travers les 11 écoles a participé à cette étude, dont 51.2 % était des hommes et 48.8 % était des femmes. La tranche d'âge des participants était comprise entre 15 et 17 ans et la majorité avait 16 ans. Recherche qualitative utilisant une enquête transversale. Identifier les attitudes des adolescents en lien avec l'automutilation et leurs perspectives en prévention de l'automutilation. 	<ul style="list-style-type: none"> Un plan de sondage transversal a été utilisé dans cette étude. Un logiciel informatique a été utilisé pour analyser les données quantitatives. La statistique descriptive a été exécutée pour identifier les attitudes des participants vers l'automutilation. Les réponses à la question ouverte sur ce qui pourrait être fait pour empêcher l'automutilation ont été analysées à partir de l'analyse de contenu qualitatif conventionnel, qui est l'interprétation subjective de données de texte en assignant des codes et identifiant des thèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Le point de vue des participants est sollicité au tableau 1 pour savoir s'ils sont d'accord ou non avec cinq déclarations d'attitudes des jeunes qui s'automutilent. Le tableau 2 : rapporte les trois déclarations d'attitude où ceux qui s'automutilent et ceux qui ne le font pas pensaient que la plupart des jeunes le font pour avoir de l'attention Le tableau 3 portant sur la question : Qu'est-ce qui peut empêcher l'automutilation ? Montre qu'un certain nombre de participants a fourni des réponses multiples. Il en est ressorti que c'est important que les points de vues d'adolescents soient incorporés dans la conception de services axés sur la jeunesse et que les services orientés vers les jeunes qui existent actuellement, y soient sensibilisés. 	<ul style="list-style-type: none"> cette enquête a été effectuée à l'école avec 856 élèves qui étaient présents ce jour-là. Les réponses ne peuvent pas refléter ceux qui étaient absents de l'école. ceux qui s'automutilent avaient des questions supplémentaires à remplir et peuvent donc avoir eu moins de temps pour répondre aux questions ouvertes de l'enquête sur la prévention de l'automutilation.

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu+ pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
6	<ul style="list-style-type: none"> Eva Lindgren, Siv Söderberg & Lisa Skär 2015 Suède 	<ul style="list-style-type: none"> 11 participants ont été recrutés : sept jeunes femmes et quatre jeunes hommes de 19-26 ans. Étude qualitative utilisant une théorisation ancrée. Explorer les expériences de soins psychiatriques des jeunes adultes pendant la transition à l'âge adulte. 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels de mai à décembre 2013. Les entretiens ont eu lieu dans les maisons des jeunes adultes, à l'université, dans une pièce d'une unité de psychiatrie ou dans une association. Chaque entretien a duré entre 25 et 133 minutes, a été transcrit et analysé mot pour mot. Le programme Internet Open code 4.01 a été utilisé pendant le processus de codage. 	<p>Les analyses ont abouti à une théorie fondée, qui montre que le soutien était une condition préalable à la transition vers l'âge adulte (catégorie de base). La catégorie de base a été alors liée à cinq catégories.</p> <ul style="list-style-type: none"> Être motivé pour continuer le soin Être rencontré en tant qu'une personne Être encouragé pour exprimer des sentiments L'importance d'un environnement de soutien L'arrivée à un nouveau commencement 	<ul style="list-style-type: none"> pas d'obligation de déclarer le diagnostic, mais la plupart exprime leur maladie mentale en termes de diagnostic (anorexie, anxiété, dépression, automutilation, idées suicidaires, syndrome d'Asperger, toxicomanie). difficultés de recrutement des participants et, par conséquent, les changements dans les critères d'inclusion et le processus de recrutement.

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu+ pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
7	<ul style="list-style-type: none"> Marja-Liisa Rissanen, Jari Kylma & Eila Laukkanen 2012 Département de psychiatrie de l'adolescence (13-17 ans) d'un des cinq hôpitaux universitaires de Finlande 	<ul style="list-style-type: none"> Neuf infirmières ont participé, toutes identifiées comme qualifiées ou auxiliaires. Cinq infirmières ont participé à deux activités entretiens de groupe (sur la base du volontariat), deux infirmières ont été interviewées individuellement et deux infirmières ont fourni des descriptions écrites. Il s'agit d'une étude descriptive qualitative. Cette approche qualitative a permis aux infirmières participantes de décrire, dans leurs propres mots, leurs conceptions et expériences d'aide pour les adolescents qui s'automutilent Recueillir les opinions des infirmières finlandaises en ce qui concerne l'aide à fournir aux adolescents qui s'automutilent. 	<ul style="list-style-type: none"> Données récoltées d'avril à mai 2005 selon divers principes. Entrevues de groupe avec questions ouvertes pour parler de leurs expériences et conceptions à propos de l'aide à apporter aux adolescents dits "autodestructeurs". Interviews individuelles enregistrées et retranscrites textuellement par les chercheurs (pour assurer la confidentialité et l'anonymat). Recrutement par publicité dans des magazines destinés aux professionnels de la santé (professionnels de la santé invités à envoyer leurs descriptions d'aide pour les adolescents qui se mutilent anonymement par courrier ou par courriel au chercheur) → Trois écrits descriptifs obtenus. 	<ul style="list-style-type: none"> L'automutilation peut être un effort pour obtenir de l'aide dans le but que quelqu'un remarquerait. Les adolescents ne demandent pas d'aide car l'automutilation peut être considérée comme une tendance. Les aides comprennent les parents (devraient être en première position pour aider leurs adolescents qui s'automutilent mais limités à la capacité des parents d'aider), le personnel scolaire, les camarades et les infirmières. "Aider" fait référence à l'aide fournie par l'adolescent lui-même, ses parents, alors que "soigner" se réfère aux soins fournis par des infirmières professionnelles. Les interventions infirmières sont le "holding", la parole sur l'impact des cicatrices d'automutilation, les groupes thérapeutiques, la prévention, la discussion famille-adolescent, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> l'échantillon limité le genre exclusivement féminin des soignants la généralisation Finlande - Suisse

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs-Année Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
8	<ul style="list-style-type: none"> Cleaver, K., Meerabeau, L. & Maras, P. 2014 4 départements d'urgence et un département ambulancier situés en Angleterre 	<ul style="list-style-type: none"> 143 membres du personnel de quatre départements d'urgence et un service d'ambulance, de sept infirmières pédiatriques et cinq ambulanciers de la même localité ; ce personnel prenant en soin des jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui s'automutilent Étude dite de triangulation convergente Déterminer les attitudes du personnel de soins d'urgence envers les jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui s'automutilent et comprendre les différentes attitudes du personnel soignant 	<ul style="list-style-type: none"> Approche de méthodes mixtes Données obtenues simultanément : <ul style="list-style-type: none"> méthodes d'enquêtes et d'entretiens semi-structurés intégrées et analysées pour identifier leur cohérence et leurs éventuelles irrégularités. deux échelles, l'une orientée vers les jeunes Attitudes Towards Young People (AYP) et l'autre orientée vers les jeunes s'automutilant Attitudes Towards Young People who Self-Harm (AYPSH). 	<ul style="list-style-type: none"> 610 questionnaires ont été distribués : <ul style="list-style-type: none"> taux de réponses du service d'ambulance (N = 68, 17%) taux de réponses global (N = 149, 24%) Forte corrélation positive entre les scores sur les deux échelles utilisées pour mesurer les attitudes. Présence d'ambivalence et d'ambiguïté dans les attitudes Données qualitatives ont révélé qu'en raison de leur âge et de leur immaturité, les jeunes n'étaient pas tenus responsables de leurs comportements autodestructeurs 	<ul style="list-style-type: none"> la collecte de données réalisée en 2010 la non précision de la sélection de l'échantillonnage le contrôle limité quant à l'exactitude des données entrées dans les échelles

N°	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs- Année Lieu + pays 	<ul style="list-style-type: none"> Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode/ Instruments de mesure Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome » 	Limites
9	<ul style="list-style-type: none"> Skärsäter, I. & Willman, A. 2006 Suède 	<p>Population : 12 hommes et 13 femmes qui se remettaient de dépression majeure (N = 25). Personnes étudiées diagnostiquées comme souffrant de dépression majeure conformément au Manuel statistique et Diagnostic des troubles mentaux. Issues de 2 départements psychiatriques situés dans le sud de la Suède.</p> <ul style="list-style-type: none"> Étude qualitative descriptive Comprendre le concept de transition dans le processus de récupération associé à la dépression majeure ainsi que de développer et de suggérer les interventions infirmières qui soutiennent le processus de rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> Données collectées entre 1999 et 2000. Interviews réalisées lors des études originales menées par le premier auteur selon une question principale : "Qu'est-ce qui vous a aidé à récupérer de la dépression ?" Données enregistrées et retranscrites textuellement en 416 pages et analysées au moyen de phénoménographie. Interviews (25 transcriptions) analysées et interprétées dans leur ensemble une seconde fois. Question de recherche directrice dans l'analyse secondaire était "Lors de la récupération de la dépression majeure, quelles sont les expériences des informateurs faisant office de réponse de transition ?" Données collectées en sous-thèmes selon le modèle de la transition de Meleis. 	<p>Résultats présentés selon les caractéristiques de transition (nature, conditions, modèles de réponse) basés sur Meleis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expérience d'avoir traversé un épisode de dépression majeure : déclencheur afin de changer les circonstances et styles de vie, ainsi que pour fournir un effort ultérieur vers la récupération et la santé. Interrelations entre les transitions ont été entrecroisées tout au long des récits des hommes et des femmes. Soins infirmiers et interventions doivent être conformes aux points de vue et aux besoins des personnes. Interventions infirmières qui ont soutenu le processus de récupération et ancré cela dans le soin. Soins infirmiers et interventions devraient être plus fréquents au début du processus de récupération de dépression majeure. Développer leur capacité à participer activement à leurs propres soins Planification de la transition 	<ul style="list-style-type: none"> les dates de collectes de données (anciennes) la non recherche sur les similitudes et les différences culturelles l'application à d'autres pathologies

Les nombreux résultats abordés dans les neuf articles retenus et analysés sont regroupés selon différents items. Ces derniers seront abordés et développés lors de la discussion et sont présentés ci-dessous :

- Les interventions et attitudes infirmières
- L'environnement de soin
- Les facteurs favorisant et défavorisant la demande d'aide
- La détresse et la pulsion
- Les stratégies de coping
- Les influences
- Les proches aidants
- Les caractéristiques de la transition
- La relation thérapeutique
- La prévention de l'automutilation
- Les représentations de l'automutilation
- Les adolescents acteurs
- Les différences entre aide et soin

D'autres thèmes ont émergé de la lecture des articles sélectionnés mais ne seront pas abordés dans la discussion.

Premièrement, le thème de la « différence entre aide et soin » étant donné que le but du travail comprend les interventions infirmières au sens large, il ne nécessite donc pas une distinction claire entre ces deux termes ayant une même finalité.

Deuxièmement, celui de la « représentation de l'automutilation » car il n'apporte pas de complément ou réponse à la question de recherche et cible des paramètres sur lesquels aucune action n'est réalisable.

Troisièmement, la notion « d'adolescents acteurs » n'aide pas à répondre à la question de recherche et ne donne pas les éléments nécessaires à la mise en place de ce concept.

Enfin, les « influences de l'environnement sur les réponses des patients » ne sont pas développées car ce thème ne s'appuie pas sur l'environnement de soin à proprement parlé mais sur les répercussions que ce milieu peut exercer sur les réponses des patients aux différentes interventions proposées par l'équipe soignante.

Le tableau synoptique (annexe 4), à plusieurs entrées, permet une visualisation d'ensemble des notions qui ressortent dans les résultats de chaque article.

6. DISCUSSION

Cette partie permettra de confronter les éléments issus de recherches en s'appuyant sur l'ancrage disciplinaire selon Meleis dans le but de répondre à la question.

Pour ce faire, à la lecture des articles, cinq grands thèmes vont être abordés : les interventions et attitudes infirmières, l'environnement, les facteurs favorisant et défavorisant la demande d'aide, et la transition.

6.1 Les interventions et attitudes infirmières

6.1.1. *La relation thérapeutique*

Divers auteurs ont souligné l'importance et le rôle bénéfique de la mise en place d'une relation thérapeutique entre l'équipe soignante et l'adolescent.

En effet, la disponibilité et la qualité de l'alliance thérapeutique s'avèrent être un support fondamental faisant office d'alternative à l'automutilation. D'autre part, une attitude négative dispensée par l'équipe soignante nourrit l'affliction (Thomas & Haslam, 2017). Moses (2011), complète que des expériences négatives vécues avec le personnel soignant en raison de leur attitude irrespectueuse, impatiente et non bienveillante lors des soins sont vues comme néfastes. L'équipe n'a pas atténué les conflits entre les adolescents.

Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012) ajoutent que la confiance établie entre l'adolescent qui s'automutile et son « aide » est un aspect primordial pour les soins ; celle-ci est définie par les infirmières comme fondée sur un partenariat soignant-soigné. Les jeunes adultes décrivent également l'importance de l'aide des professionnels pour développer leurs récits, saisir l'opportunité de s'ouvrir et commencer à parler d'expériences traumatisantes (Lindgren, Söderberg & Skär, 2015).

D'après McAndrew & Warne (2014), de nombreuses propriétés d'aide sont mises en avant, permettant un meilleur vécu de l'hospitalisation en unités de soins : l'écoute, le non jugement, le secret professionnel, le sentiment de sécurité et l'opportunité de parler à un interlocuteur externe aux proches.

La compréhension de leurs tourments et l'acquisition d'une meilleure estime d'eux-mêmes entraînent une diminution des passages à l'acte, une augmentation du respect d'eux-mêmes et une verbalisation de leur douleur interne ; cette mise en mot permet de bénéficier d'aide et d'accompagnement. L'objectivation de la souffrance et des types d'automutilation pratiqués a été bénéfique pour les adolescents. De plus, le fait que les infirmières détournent le besoin des patients de passer à l'acte, lorsqu'ils ont été incapables de le faire eux-mêmes par la proposition d'activités diverses a un impact positif pour ces derniers. Les patients valident que l'obligation d'intégrer une structure

de soins et de ne pas être stigmatisés par leur pathologie ont été bienfaisants. Lorsque les soignantes⁴ s'orientent vers des solutions adaptées et qu'elles font preuve de flexibilité, d'authenticité et de compréhension envers la personne prise en soin, elles transcendent leur rôle de professionnelles (Toftagen, Talseth & Fagerstrom, 2017). Selon Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012), les buts de la prise en soins sont ciblés sur le psychisme et le somatique. Ceux-ci intègrent les soins psychiatriques, sociaux et des actes thérapeutiques. Les actes soignants mis en évidence sont : le « holding », l'allusion aux répercussions des traces laissées par l'automutilation, les groupes de parole, la prévention, l'entrevue systémique, la revalorisation de l'espoir, l'habileté à changer et l'écoute concernant des expériences difficiles révolues.

D'après Meleis, dans l'étude de Skärsäter & Willman (2006), les soins et interventions infirmières doivent être en accord avec les perceptions et besoins des personnes. L'objectif est de cibler des actions soignantes en consolidant le processus de récupération. Ces actions sont primordiales dès le commencement de ce mouvement vers le rétablissement. Une nouvelle façon de prendre en soin les patients souffrant de pathologies psychiatriques est d'accroître leurs aptitudes à être acteurs de leurs soins. Le fait d'anticiper la transition permet au patient de prendre part à ses soins et ainsi l'équipe soignante peut prodiguer des actes thérapeutiques soutenant cette responsabilisation (faire face à des situations difficiles et les résoudre).

Meleis dans sa théorie consacre un chapitre aux thérapies infirmières. Elle aborde trois axes dont le premier est celui de l'évaluation de la volonté qui est basée sur les efforts thérapeutiques interdisciplinaires et sur la pleine compréhension du patient. Pour ce faire, il faut évaluer chacune des conditions (personnelles, communautaires et sociales) afin de faire un plan personnel et permettre à l'équipe de déterminer les modèles de l'expérience de transition (Schumacher et Meleis, 1994).

Une transition réussie repose sur le développement d'une relation efficace entre l'infirmière et le patient. Cette relation est un processus hautement réciproque qui affecte à la fois le patient et l'infirmière.

Comme vu ci-dessus, lorsque l'équipe soignante est disponible et que la relation avec l'adolescent est de qualité, ces derniers trouvent ce lien comme une alternative à l'automutilation, permettant de verbaliser leur souffrance, de la comprendre et d'augmenter leur estime d'eux-mêmes. C'est lors de cette verbalisation que nous pourrions alors évaluer la volonté et la pleine compréhension des adolescents lors d'entretiens infirmiers. Cela permettra de comprendre quel modèle de transition vit

⁴ Lire également au masculin dans le texte

l'adolescent pour l'aider : une prise en soin et un plan thérapeutique personnalisé peuvent alors être mis en place.

Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000) conseillent également que les infirmières reconnaissent « le niveau du confort et de la maîtrise d'un client en faisant face aux changements et aux différences » (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 383). De nouveau, c'est lors des différents entretiens infirmiers et au quotidien que la soignante va pouvoir évaluer si l'adolescent est à l'aise face aux changements et aux différences qui se présentent à lui dans cette transition qu'est l'adolescence.

6.1.2. Les stratégies de coping

Un des rôles de l'infirmière également mis en avant est l'apport de moyens (stratégies de coping) pour faire face aux situations stressantes rencontrées et éviter les actes automutilatoires.

Selon Tofthagen, Talseth & Fragerstrom (2017), il est nécessaire d'opter pour des pratiques alternatives à l'automutilation (écriture, sophrologie et autres) propres à chacun dans le but d'affronter le quotidien. L'automutilation est considérée comme une pathologie par les adolescents qui sont dans l'incapacité de garantir qu'ils renonceront à cette pratique. Les patients admettent être dans la nécessité d'obtenir de l'aide et du soutien afin de se responsabiliser, d'apprendre à gérer leur stress en reconnaissant les prodromes, d'identifier des solutions afin de stabiliser leur quotidien et diminuer leur vulnérabilité. Un accueil bienveillant favorise une bonne estime de soi quand les infirmières soutiennent le respect de soi auprès des patients.

Doyle (2018) affirme que les différentes stratégies de coping sont plus facilement identifiables par les adolescents ne pratiquant pas l'automutilation par rapport à ceux qui le font. Elle confirme l'importance d'avoir des occupations autres comme les activités physiques pour pallier à la solitude et à la déprime.

Quant à Thomas & Haslam (2017), ils soulignent que quand la détresse n'est pas apaisée par le personnel soignant, les patients se tournent vers des techniques plus nuisibles et/ou plus disponibles.

Meleis dit que pour parvenir à effectuer une transition saine, la confiance et les stratégies de coping sont des indicateurs d'un processus réussi (Meleis, Sawyer, Im et al., 2000). Il est donc important de pouvoir suggérer aux adolescents des méthodes alternatives à l'automutilation et de leur apporter une meilleure estime d'eux-mêmes pour qu'ils puissent prendre confiance et valider le processus de transition.

6.1.3. La prévention de l'automutilation

Après la mention des stratégies de coping face à l'automutilation, il semble important d'aborder la prévention comme évoquée par les auteurs suivants.

Les participants à l'étude de Thomas & Haslam (2017) utilisent des méthodes préventives physiques et psycho-éducatives face aux besoins de s'automutiler. Une mauvaise prévention peut avoir des répercussions négatives sur le lien et l'adhérence thérapeutique, notamment lorsque le mal-être n'est pas soulagé.

A l'inverse, Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012) prônent des méthodes de prévention plus axées sur le développement psychique des adolescents en les valorisant, les encourageant et en les aidant à s'adapter à leur quotidien.

Dans le contexte scolaire, Doyle (2018) indique que les jeunes présentent des difficultés à l'obtention d'un appui professionnel en premier lieu et que, si les séances de thérapie en milieu scolaire étaient obligatoires, il serait peut-être plus facile d'y assister.

Toftagen, Talseth & Fagerstrom (2017) concluent en soulignant l'importance d'accepter sa propre histoire de vie (enfance difficile par exemple) en la partageant le plus rapidement possible avec l'équipe soignante dans le but de prévenir les sentiments de solitude et de culpabilité.

Meleis, dans la proposition d'une thérapie infirmière dans sa théorie, énonce quant à elle que l'expérience de transition est facilitée ou freinée en fonction de la préparation suggérée. Ce processus anticipé repose sur l'enseignement comme exigence élémentaire à cette réalisation (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 384). En effet, si l'équipe soignante dispense une prévention inadéquate ou inefficace, le lien thérapeutique ainsi que l'adhérence en seront affectés. Par conséquent la transition sera entravée.

Pour se diriger vers une transition saine, les infirmières vont précéder les pulsions d'automutilation par le travail avec l'adolescent sur son développement psychique et sur l'acceptation de son parcours afin d'anticiper la culpabilité et la solitude pouvant conduire à se faire du mal. Les psychoéducations sont un moyen efficace d'enseignement, comme conseillé par Meleis, pour reconnaître les signes avant-coureurs du besoin de s'automutiler et permettre de trouver des stratégies et une alternative à mettre en place.

6.2 L'environnement

6.2.1. L'environnement de soin

L'environnement est une composante déterminante qui influence le comportement d'automutilation. Nous jugeons donc nécessaire de le traiter en tant que thème pour répondre à la question de recherche.

Lorsque l'environnement est un endroit sûr, le soin procuré peut prévenir les pulsions qui poussent à l'automutilation mais pas les empêcher. A contrario, l'environnement peut diminuer la confiance qu'ont les patients en eux-mêmes à ne pas réussir à réprimer leurs envies d'automutilations. De même, la proximité des patients entre eux peut favoriser les passages à l'acte lorsqu'un d'eux se fait du mal (Thomas & Haslam, 2017).

Dans l'étude de Moses (2011), les adolescents expriment la nécessité d'avoir un environnement structuré pour créer une paix intérieure et les distraire de leurs problèmes. Ils rapportent être réconfortés par le fait que personne ne pourra les blesser à l'hôpital et qu'ils seront stoppés dans leur intention de se faire du mal. Faire une « temporisation » a été bénéfique pour un tiers des adolescents. Cela leur a permis de réfléchir sur leurs problèmes sans pression quotidienne. Cet aspect a été des plus utiles durant leur brève hospitalisation. L'espace et le temps ont donné l'opportunité de définir de nouvelles perspectives au sujet de leur situation et des options qui se présentent à eux. Une adolescente déclare que ce moment lui a permis de prendre conscience de ce dont elle avait besoin et de ce qui était le meilleur pour elle. Par opposition, certains adolescents trouvent que le confinement hospitalier, ainsi que le cadre et le règlement rigides sont inutiles, démesurés et aggravants. Contrairement à ce que relatent Thomas & Haslam (2017), l'auteur indique que les adolescents se plaignent d'un excès d'isolement en chambre. Ils ne peuvent pas interagir avec leurs pairs et se sentent seuls, notamment lorsque la pièce ne contient que quelques affaires personnelles.

Selon Cleaver, Meerabeau & Maras (2014), les parcours de soin mis en place pour les jeunes s'automutilant doivent être en accord avec les adolescents par rapport à leurs souhaits et besoins de lieu de prise en soin.

Meleis définit l'environnement comme suit : « la vulnérabilité est en lien avec l'expérience des transitions et des conditions environnementales qui exposent l'individu aux dommages potentiels, à un rétablissement problématique ou étendu, ou à des stratégies retardées ou malsaines » (citée par Alligood, 2014, traduction libre, p. 385).

L'environnement de soins se doit d'être sûr, adapté aux besoins des adolescents et contenant afin de favoriser un climat de confiance et de réflexion propice à la réduction

des pulsions automutilatrices et faisant barrière aux influences sociétales de cette pratique.

À la suite de cette discussion et des éléments apportés, il a été vu que l'isolement ne permet pas l'échange entre les adolescents. A contrario, une trop grande proximité favoriserait le passage à l'acte. Par conséquent, la question de l'équilibre entre le temps en chambre et celui en collectivité se pose, en termes de proportion et de l'individualisation du plan de soin.

6.2.2. Les proches aidants

Il est essentiel de considérer les proches aidants en tant que ressource inestimable pour l'équipe soignante lors d'une prise en soin globale, comme faisant partie de l'environnement de l'adolescent.

À travers l'étude de Rissanen, Kylma & Laukkanen (2009), les adolescents ont mis en évidence le poids non négligeable de la présence des proches aidants lors de la découverte de leur comportement automutilatoire. Ils ajoutent par ailleurs que tout adulte se doit d'intervenir lors de cette situation.

En 2012, ces mêmes auteurs incluent le personnel scolaire en tant qu'aide supplémentaire à celle apportée par les proches et les pairs de l'adolescent.

Doyle (2018) corrobore que dans un premier temps les adolescents croyaient que de s'ouvrir à des adultes aurait des répercussions négatives et privilégiaient donc l'échange avec les pairs. Dans un deuxième temps, il s'est avéré que les adultes, de par leur éventuelle expérience identique, sont plus aptes à leur venir en aide. Les adolescents ont par ailleurs besoin que les personnes significatives reconnaissent leur souffrance. Il a été montré que le fait de rendre attentifs les jeunes s'automutilant à la souffrance induite par cette pratique sur leurs proches peut potentiellement modifier leur état d'esprit. Il est à noter que le soutien d'un pair s'avère plus délicat lorsque ce dernier est profondément touché.

Selon Tofthagen, Talseth & Fagerstrom (2017), les relations interpersonnelles connaissent différents tournants. En effet, certaines subsistent malgré la pathologie, d'autres changent et/ou cessent. Les auteurs rejoignent Doyle (2018) en énonçant que l'automutilation peut être gardée secrète par crainte de susciter de la peine chez les proches ou d'éveiller un sentiment d'impuissance de la famille.

Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012) renforcent les dires de Tofthagen, Talseth & Fagerstrom (2017) quant à l'impuissance ressentie par la famille face aux comportements d'automutilation.

Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012) notent que l'aide parentale montre une limite liée à leur relation avec l'adolescent, à leurs compétences ou à leurs connaissances de cette pratique.

Effectivement, lorsque la relation entre l'adolescent et sa famille dysfonctionne, le jeune estime que la visite de ses parents est inutile (Moses, 2011).

Enfin, Lindgren, Söderberg & Skär (2015) insistent sur l'utilité d'être soutenu et orienté émotionnellement dans la vie quotidienne par les membres de la famille. L'absence de cet accompagnement incite les jeunes à chercher assistance auprès d'autres personnes majeures afin de faire face à la maladie et de se rétablir dans le but d'amorcer le processus de transition vers l'âge adulte.

Selon la théorie de la transition de Meleis, l'environnement peut influencer ou générer des atteintes éventuelles altérant la phase de rétablissement ; il est associé aux vécus transitionnels et aux interactions sociales (Alligood, 2017, traduction libre, p. 315). Ainsi, les relations interpersonnelles peuvent être un soutien (présence, partage d'expériences identiques) ou au contraire un frein au processus de rétablissement, comme par exemple les limites ou l'impuissance des accompagnants pouvant conduire à la recherche d'une nouvelle assistance.

A travers les interactions, les significations attachées à la transition et aux comportements causés par la transition peuvent être divulguées, analysées et comprises, ce qui habituellement aboutit à une transition saine (Meleis, Sawyer, Im et al., 2000). Pour pouvoir comprendre la souffrance que vit l'adolescent, ce sentiment doit être entendu, reconnu et validé par les proches dans le but d'amorcer une transition saine.

Il a été dit que c'est lors de cette période de vie que le jeune se distance de ses parents pour se rapprocher de ses pairs. Par conséquent, s'est posée la question de savoir quelle était la « juste » place des parents dans le processus de récupération de leur enfant qui se mutile. A travers les différents articles ci-dessus, les adolescents et certains auteurs ont démontré l'importance de l'investissement des parents auprès de leur enfant tout au long de la prise en soin. Se pose également la question concernant des pairs et de leur rôle auprès de leur ami/camarade qui s'automutile.

6.3 Les facteurs favorisant et défavorisant la demande d'aide

Les facteurs favorisant et défavorisant sont des aspects essentiels qui influencent la demande d'aide de la part des adolescents auprès d'une tierce personne. De ce fait, il nous apparaît pertinent de pouvoir travailler sur ces facteurs, afin de sensibiliser cette population et de l'encourager à réclamer un soutien auprès des intervenants de la santé. Rissanen, Kylmä, & Laukkanen (2009) soutiennent que les adolescents ont pu communiquer les facteurs favorisant le recours aux soignants, comme par exemple la prise de conscience de l'automutilation, la nécessité d'avoir un environnement bienveillant, un soutien social, des activités ressources, une intervention précoce et la levée du tabou autour de l'automutilation. De même, des éléments défavorisant tels que la honte, la peur, le besoin de s'assumer ou bien encore l'absence de réponse à la pratique de l'automutilation, font que les adolescents ne viennent pas solliciter de l'aide. En 2012, les mêmes auteurs, ainsi que McAndrew & Warne (2014) ont ajouté que les adolescents ne réclamaient pas systématiquement de l'aide en raison de la stigmatisation dont ils souffrent.

Doyle, Treacy & Sheridan (2015) complètent que la raison principale en lien avec l'absence de recherche d'aide réside dans le fait que les adolescents pensent ne pas en avoir besoin. Certains avouent ne pas considérer leurs problèmes comme suffisamment graves pour faire appel à l'aide. Les chercheurs arrivent à la conclusion que l'appel à l'aide n'est pas fréquent, car la majorité des adolescents n'ont déjà pas recours pour les problèmes qui engendrent ce comportement. Environ un cinquième des participants affirme qu'ils veulent conserver le secret autour de leurs actions, ce qui prédispose ces derniers à ne pas chercher du secours. Néanmoins dans le cas d'un appel à l'aide, les jeunes ont attesté se tourner premièrement vers leurs pairs, puis les membres de la famille et en dernier lieu les soignants. Une infime partie des adolescents se présente spontanément à l'hôpital suite à un épisode automutilatoire ou toute tentative de même nature.

L'acte automutilatoire est un moyen pour les adolescents de s'aider eux-mêmes quand ces derniers ressentent des émotions négatives. Ils déclarent qu'il est important de considérer cet acte comme une manière propre d'attirer l'attention pour demander de l'aide. A contrario le fait de s'inclure dans « un phénomène de mode » pourrait empêcher la demande d'aide (Rissanen, Kylmä & Laukkanen, 2012).

Selon Schumacher & Meleis (1994), les conditions de transitions sont « ces circonstances qui influencent la manière dont la personne évolue à travers la transition et qui facilitent ou gênent le progrès vers la réalisation d'une transition saine » (cités par

Alligood, 2014, traduction libre, p. 383). De ce fait, toutes les circonstances dans lesquelles se trouve l'adolescent vont stimuler (le soutien, la prise de conscience ou son environnement) ou non (la stigmatisation, la honte ou le phénomène de mode) la demande d'aide.

6.4 Les caractéristiques de la transition

En vue d'appuyer la pertinence des interventions infirmières pour répondre à la question de recherche afin que l'adolescent puisse se diriger vers une transition saine, il est capital de mettre en évidence les résultats des articles de recherches ciblant cette thématique.

Dans le cadre de ce thème, Doyle (2018) détermine que l'adolescence est une période de transition émotionnellement compliquée qui peut amener un jeune à se débattre avec ses sentiments, ce qui peut contribuer à la décision de s'automutiler. Dans l'étude de Lindgren, Söderberg & Skär (2015), les adolescents racontent leurs expériences transitionnelles vers l'âge adulte aussi angoissantes que plaisantes. Certains craignent la responsabilité de leur propre vie alors que d'autres vivent l'indépendance comme une délivrance. En outre, ils décrivent que le gain en maturité émerge lors du processus vers l'émancipation. La transition comprend également l'acquisition de leur identité future après un rétablissement accompli. Tofthagen, Talseth & Fagerstrom (2017) et Skärsäter & Willman (2006) s'accordent à dire que le vécu d'une expérience douloureuse sert d'élément déclencheur pour entamer le processus transitionnel.

Par ailleurs, Tofthagen, Talseth & Fagerstrom (2017) ajoutent que dans le cadre de cette étude, l'élément déclencheur en lien direct avec le processus transitionnel a été le sentiment de peur faisant suite à une prise de conscience de leur comportement, ce qui les a conduit à l'arrêter ou à le réduire.

Selon Meleis, Sawyer, Im, et al. (2000), l'engagement est une propriété de la transition. Il fait référence au « degré auquel une personne démontre son implication dans le processus inhérent de la transition. » Le niveau de conscience est considéré comme influençant le niveau d'engagement ; il n'y a pas d'engagement sans conscience. Les auteurs suggèrent que le niveau d'engagement d'une personne qui a cette conscience du changement est différent de celui qui n'en a pas (cités par Alligood, 2014, traduction libre, p. 382).

L'adolescent, afin de diminuer ou stopper son comportement automutilatoire, doit être conscient que sa conduite est inadaptée en tant que stratégie de coping face à la souffrance vécue. Il pourra alors s'engager dans un soin thérapeutique.

Le changement en termes de responsabilités et de positionnement de futur adulte peut entraîner des attentes insatisfaites ou au contraire conduire à une transition souhaitée.

Ce travail a permis de préciser les différentes interventions et attitudes des infirmières pour une prise en soin globale d'un adolescent qui s'automutile. La relation thérapeutique est l'élément clé de cet accompagnement. Si celle-ci est de bonne qualité, la transition n'en sera que facilitée. A contrario, ce processus peut être difficile ou inachevé si l'adolescent n'entretient pas une relation de confiance avec le soignant.

Concernant les stratégies de coping, il est nécessaire que l'équipe puisse les mobiliser avec le jeune afin que celui-ci puisse trouver des alternatives à l'automutilation. Au cas où ces stratégies ne sont pas mises en place, l'adolescent sera susceptible de se nuire plus dangereusement.

La prise en soin et l'intervention précoce de l'automutilation permettent de réduire l'incidence auprès de cette population et font partie intégrante du rôle de promoteur de la santé chez l'infirmière.

Quant à l'environnement, il se doit d'être bienveillant et de proposer des moyens soutenant l'adolescent et alternatifs à l'acte mutilatoire. La proximité des patients peut malheureusement favoriser le risque de passage à l'acte, mais l'isolement peut être également néfaste. Il est important de se rappeler que ce lieu de soin, malgré toute la prévention mise en place, ne peut empêcher les adolescents de s'automutiler.

Tout adulte ayant connaissance de ce comportement devrait intervenir auprès de l'adolescent concerné. Il est essentiel d'entendre et de prendre en compte l'impuissance et les limites ressenties par les proches. La recherche semble indiquer que la demande d'aide est rarement exprimée par les futurs adultes pour différentes raisons. Parfois, la détresse inscrite corporellement est une tentative de demande d'aide et/ou d'attention. Pour finir, l'amorce d'un processus de transition doit avoir un élément déclencheur et une prise de conscience d'un comportement inadéquat qu'est l'automutilation. Une fois cette étape réalisée, l'infirmière pourra accompagner le jeune vers une transition saine à l'aide de diverses interventions et attitudes soignantes.

7. CONCLUSION

7.1. Apports et limites du travail

Ce travail permet d'approfondir la thématique choisie par le biais d'études qualitatives renseignant sur les dires mêmes des adolescents s'automutilant, ce qui apporte une vision enrichie pour la pratique infirmière car les témoignages sont authentiques.

Notre travail contribue à une vision large du contexte environnemental. En effet, il ne cible pas un lieu précis et s'applique potentiellement à divers lieux de soins. Par ailleurs, le modèle théorique choisi permet de voir l'adolescence non plus comme une période stéréotypée mais comme une expérience de vie transitionnelle.

Le fait d'avoir abordé de façon plus poussée ce sujet en incluant différents concepts en psychiatrie nous a permis de visualiser la prise en soin des différentes problématiques à la source même de ce comportement.

Les limites de notre travail se retrouvent premièrement dans le fait que les différentes recherches sont d'une part majoritairement anglophones et laisse donc place à des biais possibles de traduction. D'autre part, elles ne sont pas effectuées en Suisse, ce qui pose la question de la généralisation de l'étude. Mais les adolescents suisses sont-ils différents du reste de l'Europe ?

Deuxièmement, la population cible de notre travail n'a que peu été explorée au regard de son point de vue sur l'aide qu'elle souhaite recevoir.

Troisièmement, les différents articles sélectionnés à travers nos critères d'éligibilité ont de manière générale abondé dans le même sens, ce qui n'a pas permis d'ouvrir suffisamment le débat et la confrontation entre les résultats des articles. Peut-être aurions-nous eu d'autres résultats si la recherche était plus étendue ?

Ensuite, les études de recherche réalisées n'ont que peu abouti à des propositions de soins innovantes.

Pour finir, peu d'écrits s'appuient sur la théorie de la transition selon Meleis, ce qui a complexifié la recherche d'articles en lien direct avec la question de recherche de ce travail. Nous en avons trouvé un nombre restreint portant sur la transition mais avec une pathologie différente, ce qui nous a conduits à transposer les résultats à l'automutilation.

7.2. Recommandations

7.2.1. Pour la formation

Il semblerait intéressant de pouvoir former les futurs professionnels de la santé sur la période de vie qu'est l'adolescence.

En effet, durant nos études, nous sommes formés aux caractéristiques de l'enfant et de la personne âgée et de leur prise en charge particulière. Il est à rappeler que l'adolescence est une période transitionnelle, avec des problématiques particulières et dans laquelle bon nombre de troubles psychiatriques commencent à faire leur apparition. Il est donc important d'être sensibilisé à cette étape de la vie qui peut être fragile et délicate, car le jeune n'est plus un enfant, mais pas encore un adulte. De plus, l'infirmière est la première personne de contact lors d'une prise en soin et sera donc celle qui fera le lien entre l'adolescent, la famille et le médecin.

Pour la formation continue, il serait primordial que le personnel soignant bénéficie d'une initiation aux enveloppements thérapeutiques.

En effet, Panchaud (2004) déclare :

« Les indications sont précises et les thérapeutes formés à ces techniques de soin. Les approches corporelles sont des inductions très puissantes dont le maniement nécessite rigueur et professionnalisme » (p. 49).

Cette habileté requiert l'acquisition de compétences spécifiques et rigoureuses pour la bonne réalisation de ce soin dans le respect de la personne soignée, ses besoins et ses limites.

7.2.2. Pour la pratique

Afin de pouvoir faciliter la transition, si nous nous appuyons sur la théorie de Meleis, il est important de prime abord d'évaluer la volonté à pouvoir s'engager dans ce processus. Pour ce faire, des entretiens infirmiers avec l'adolescent semblent être à la base de la prise en soin. L'infirmière se chargera également de la pleine compréhension de l'adolescent au sujet de sa situation, des changements qu'il vit ou va vivre ainsi que du plan de soin personnalisé SMART qui lui sera proposé, afin de favoriser l'empowerment.

Lors de ces entretiens, l'infirmière incitera l'adolescent à verbaliser sa souffrance afin de reconnaître et déceler le problème sous-jacent, avec une écoute active, bienveillante et en ne stigmatisant pas l'adolescent à sa pathologie. Le tout sera prévenant et sans tabou. Le but est de créer une relation de confiance, sans jugement. Par conséquent,

l'estime et la confiance en soi seront revalorisées et les forces et ressources de l'adolescent mobilisées.

Meleis met également l'accent sur l'éducation thérapeutique. Des groupes de psychothérapies semblent être la manière la plus pertinente pour les adolescents de reconnaître les signes avant-coureurs de la tension interne qui devient intense, de travailler sur la reconnaissance des émotions et leur validation et comment y pallier en trouvant des stratégies de coping alternatives.

Pour s'assurer d'une transition saine chez l'adolescent, le soignant évaluera régulièrement les indicateurs de processus d'une transition saine selon le modèle de Meleis.

En complément des entretiens infirmiers, des approches corporelles sont recommandées. Ainsi, l'enveloppement thérapeutique ou « pack » est particulièrement mis en avant. Selon Panchaud (2004), cette technique consiste à envelopper la personne dans des linges humides et froids, puis de la recouvrir d'une couverture et d'un duvet. L'emballage induit une réaction thermique qui produit un réchauffement rapide. Le patient au-travers de ce soin mobilise plusieurs de ses ressources telles que : la différenciation, la capacité à demander de l'aide, à se constituer comme patient et s'impliquer dans un processus psychologique ciblant un changement personnel.

Comme expliqué dans le travail, l'adolescent s'automutilant peut connaître des problématiques archaïques. L'objectif de cette technique est de construire ou reconstruire les barrières corporelles entre le dedans et le dehors, rétablir la fonction de contenant et diminuer la souffrance psychique aigue.

7.2.3. Pour la recherche

Lors des lectures réalisées pour répondre à notre question de recherche, quelques articles parlaient du point de vue des adolescents et de l'aide qu'ils souhaitaient recevoir pour les aider à se rétablir.

Par conséquent, pour atteindre une prise en soin des adolescents s'automutilant la plus complète et pertinente possible, il serait indispensable d'approfondir la recherche concernant cette population et ses problématiques. Les neuf articles de recherche retenus sont orientés sur le point de vue des soignants. Ainsi, les études axées sur la vision ou les ressentis de ces jeunes et de leurs proches ne pourraient qu'argumenter et développer les propositions d'interventions infirmières.

7.3. Conclusion générale

Grâce à ce projet, nous avons pu mobiliser différents aspects que nous retrouvons dans le monde du travail.

La collaboration a permis la mise en commun de nos compétences respectives afin de finaliser cet écrit. Il a fallu coopérer tout au long du travail, car il y avait une dépendance mutuelle dans l'avancement. En effet, nous devions progresser au même rythme afin de tenir les délais. Le fait d'avoir scindé les parties nous a permis d'expérimenter la coordination, car nous ne pouvions évoluer sans que l'une ou l'autre accomplisse son travail. De plus, les décisions ont été prises de manières respectives.

Enfin, différentes aptitudes ont été nécessaires pour favoriser la dynamique de groupe (patience, motivation et solidarité). La communication est la base de tout partenariat. En effet, c'est lors de moments difficiles et conflictuelles qu'il a été important d'échanger et d'écouter dans le respect pour apaiser les tensions.

8. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work : ninth edition*. Missouri : Elsevier Health Sciences
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work : eighth edition*. Missouri : Elsevier Health Sciences
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 26- 30. doi: 10.3917/rsi.082.0026
- Badaud, F., Rodriguez-Tomé, H., Cohen-Zardi, R., Delmas C. & Jeanvoine, B. (1999). *Effets de la puberté sur l'image de soi des adolescents*, 6(9), 952-957. doi: [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(99\)80587-9](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(99)80587-9)
- Bellier, F., Gregoire, F. & Donadey, F. (2002). *Rapport définitif* [Document Word]. Accès https://wwwv1.agora21.org/ari/doc2005/bellier_gregoire_donadey.pdf
- Bergeret, J. (2002). La mère, l'enfant... et les autres. Violence et agressivité *Psychothérapies*, 3(22), 131-141. doi: 10.3917/psys.023.0131
- Caicedo, S. & Whitlock, J. (s.d.). *Self-Injury and Recovery*. Accès <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/15-misconceptions-french-1.pdf>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Vulnérable : étymologie de vulnérable*. Accès <http://www.cnrtl.fr/etymologie/vuln%C3%A9rable>
- Chabrol, H. & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping : 2ème édition*. Paris : Dunod
- Cleaver, K., Meerabeau, L. & Maras, P. (2014). Attitudes towards young people who self-harm : age, an influencing factor. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2884–2896. doi: 10.1111/jan.12451
- Corcos, M. & Richard, R. (2006). L'émotion mutilée : approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(49), 459-476. doi: 10.3917/psy.492.0459
- Da Conceição Taborda-Simoes, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de Psychologie*, 58(5), 521-534. doi: 10.3917/bupsy.479.0521

- Doyle, L. (2018). Attitudes toward adolescent self-harm and its prevention: The views of those who self-harm and their peers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30, 142–148. doi: 10.1111/jcap.12186
- Doyle, L., Treacy, M. P. & and Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people : Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 485–494. doi: 10.1111/inm.12144
- Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 2(66), 14-22. doi: 10.3917/ep.066.0014
- Fawcett, J. D.-M., S, Ed. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories (3^{ème} ed.)*. Philadelphia : F.A. Davis.
- Fernandez, I. & Sztulman, H. (1997). Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologique*, 4, 255 - 265. Accès https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44382156/Approche_du_concept_daddiction_en_psych20160404-4562-13d0gti.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1530516301&Signature=uJpFF1oPr9wiggxZt0zXWrBut5U%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DApproche_du_concept_daddiction_en_psycho.pdf
- Garel, P. (2008). L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (40), 227- 235. doi: 10.3917/ctf.040.0227
- Griffin, E., McMahon, E., McNicholas, F., Corcoran, P., Perry, I. J. & Arensman, E. (2018). Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-018-1522-1
- Guedeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23(2), 129- 144. doi: 10.3917/dev.112.0129
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi, From the body image to the sense of self. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185- 194. doi: 10.3917/rne.023.0185
- Knight, Z.G. (2017). A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1047-1058. doi: 10.1002/cpp.2066

- Kralik, D., Visentin, K. & van Loon, A. (2006). Transition : a Litterature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. *Enfances & Psy*, 3(32), 45-57. doi: 10.3917/ep.032.0045
- Le Breton, D. (2005). Les conduites à risque des jeunes comme résistance. *Empan*, 57(1), 87- 93. doi: 10.3917/empa.057.0087
- Le Grand Dictionnaire de la Psychologie*. (2011). Paris : Larousse
- Le Heuzey, M.-F. (2009). *Automutilation à l'adolescence*. Accès https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/automutilation_a_l_adolescence.pdf
- Levert, I. (s.d.) *Notes de cours de psycho du développement (Freud) - le concept de pulsion*. Accès <http://www.la-psychologie.com/concept%20pulsion.htm>
- Lindgren, E., Söderberg, S. & Skär, L. (2015). Swedish Young Adults' Experiences of Psychiatric Care Transition to Adulthood. *Issues in Mental Health Nursing*, 36 (3), 182-189. doi: 10.3109/01612840.2014.961624
- Lourel, M. (2006). Stress et santé: le rôle de la personnalité : Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*, 2(85), 5-13. doi: 10.3917/rsi.085.0005
- Lucas, G. (2006). Relation d'objet et psychanalyse de l'enfant. *Revue française de psychanalyse*, 5(70), 1435-1473. doi: 10.3917/rfp.705.1435
- McAndrew, S. & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm : Implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 570–579. doi: 10.1111/inm.12093
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company
- Meleis, A. I. & Chick, N. (1986). *Transitions : A nursing concern*. Pennsylvanie : Aspen Publication
- Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 43-51. doi: 10.3917/rsi.089.0043
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. & Patton G.C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379, 236-243. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0

- Moses, T. (2011). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization : what is helpful and what is not ?. *Psychiatric Quarterly*, (82), 121-137. doi: 10.1007/s11126-010-9151-1
- Naoufal, C. (2015). *La résilience, le coping et l'empowerment*. Accès <https://rechercheensoinsinfirmiers.com/2015/07/05/la-resilience-le-coping-et-lempowerment/>
- Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36, 145-154. doi: 10.3917/ctf.036.0145
- OMS. (2018). *Développement des adolescents*. Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Panchaud, R. (2004). L'enveloppement thérapeutique. *Santé mentale*, 86, 46-49
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557. doi: <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
- Penel, S. (2014). *L'automutilation*. Accès <https://lesateliersducoeur.wordpress.com/2014/06/04/lautomutilation/>
- Pepin, J. Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière. (3e ed.)*. Montréal: Chenelière Education
- Pessiglione, M. (2014). Comment le cerveau motive le comportement : du circuit de la récompense au système des valeurs. *Bulletin Académie Natle Médecine*, 198(7), 1283-1296. Accès <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/PAGES-DE-1283-1296.pdf>
- PrévotEAU, C. (2017). La mère suffisamment bonne : ni trop, ni pas assez. *Santé mentale*, 220, 12
- Reid, W. (2006). De l'ensemble individu/environnement à la troisième topique : la pulsion, le narcissisme, l'emprise et la relation d'objet. *Revue française de psychanalyse*, 5(70), 1543-1557. doi: 10.3917/rfp.705.1543
- République et Canton de Genève. (2018). *Statistiques cantonales*. Accès Population résidante selon l'origine, le sexe, le groupe d'âges et l'état matrimonial, depuis 2013
- Rissanen, M.-L., Kylma, J. & Laukkanen, E. (2012). Helping Self-Mutilating Adolescents : Descriptions of Finnish Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(4), 251-262. doi: 10.3109/01612840.2011.653035

- Rissanen, M.-L., Kylmä, J. & Laukkanen, E. (2009). Descriptions of help by Finnish adolescents who self-mutilate. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 7-15. doi: 10.1111/j.1744-6171.2008.00164.x
- Seidah, A., Bouffard, T., & Vezeau, C. (2004). Perceptions de soi à l'adolescence : différences entre filles et garçons. *Enfance*, 56(4), 405- 420. doi: 10.3917/enf.564.0405
- Skärsäter, I. & Willman, A. (2006). The Recovery Process in Major Depression : An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 245–259. Accès <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17139206>
- Tapia, C. (2001). Éditorial. *Connexions*, 76(2), 7- 13. doi: 10.3917/cnx.076.0007
- Tassin, J.-P. (2008). Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. *Psychotropes*, 3(14), 11-28. doi: 10.3917/psyt.143.0011
- Thomas, J. B. & Haslam, C. O. (2017). How people who self-harm negotiate the inpatient environment : the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 480-490. doi: 10.1111/jpm.12384
- Toftagen, R., Talseth, A.G. & Fagerstrom, L.M. (2017). Former patients' experiences of recovery from self-harm as an individual, prolonged learning process : a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Advanced Nursing* 73(10), 2306–2317. doi: 10.1111/jan.13295
- Valadier, P. (2011). *Apologie de la vulnérabilité*. *Etudes*, 414 (2), 199-210. Accès <https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-2-page-199.htm>
- Zittoun, T. & Perret-Clermont, A.-N. (2001). Contributions à une psychologie de la transition. *Congrès international de la Société suisse pour la recherche en éducation*. Accès https://doc.rero.ch/record/12847/files/Zittoun_Tania_-_Contributions_une_psychologie_de_la_transition_20091027.pdf

9. ANNEXES

9.1. Annexe 1

Tableau 5. Statistiques de la population genevoise

Office cantonal de la statistique - OCSTAT

Statistiq

Population résidente totale selon le groupe d'âges quinquennal, depuis 2010										T 01
Situation en fin d'année										Canton
	2010	2011	2012	2013	2013 (1)	2014	2015	2016	2017	2018
0	4 282	4 223	4 060	4 347	4 543	4 586	4 690	4 789	4 849	
1 - 4	19 851	19 984	19 714	19 862	19 801	20 145	20 559	20 703	20 853	
5 - 9	24 273	24 211	24 345	24 814	24 718	24 851	25 237	25 473	25 575	
10 - 14	25 147	24 863	24 667	24 595	24 553	24 779	25 020	25 144	25 472	
15 - 19	26 838	26 763	26 577	26 498	26 457	26 507	27 158	27 049	27 092	
20 - 24	28 345	29 020	29 953	30 415	30 299	30 755	31 193	30 982	31 055	
25 - 29	33 049	32 899	32 976	33 442	33 131	34 093	34 667	35 080	35 712	
30 - 34	36 199	36 213	36 275	36 535	36 261	36 765	37 203	36 797	36 884	
35 - 39	36 869	37 026	36 979	36 866	36 700	37 082	37 866	37 962	38 126	
40 - 44	36 986	36 414	36 422	36 625	36 477	37 404	37 728	37 874	37 978	
45 - 49	36 945	37 743	37 968	38 005	37 888	37 511	37 478	37 126	37 405	
50 - 54	31 293	31 955	32 968	34 147	34 051	35 645	36 888	37 726	38 001	
55 - 59	26 227	26 746	27 362	28 135	28 000	29 212	30 225	31 101	32 131	
60 - 64	24 826	24 215	23 841	23 688	23 581	23 895	24 141	24 723	25 233	
65 - 69	21 742	22 253	22 479	22 574	22 510	22 219	22 124	21 417	20 871	
70 - 74	16 551	17 058	17 754	18 446	18 397	19 294	19 875	20 324	20 381	
75 - 79	13 690	13 941	14 110	14 424	14 384	14 675	14 858	15 262	15 822	
80 - 84	10 508	10 774	11 024	11 297	11 266	11 459	11 562	11 694	11 829	
85 - 89	6 692	6 742	6 956	7 077	7 029	7 241	7 542	7 740	8 003	
90 - 94	2 671	2 982	3 169	3 360	3 322	3 505	3 570	3 634	3 765	
95 - 99	796	755	772	712	704	778	842	973	1 046	
100 ou plus	139	138	141	142	139	144	152	133	138	
Total	463 919	466 918	470 512	476 006	474 211	482 545	490 578	493 706	491 221	
Répartition en %										
0 - 19	21,6	21,4	21,1	21,0	21,1	20,9	20,9	20,9	20,8	
20 - 39	29,0	28,9	28,9	28,8	28,8	28,7	28,7	28,5	28,5	
40 - 64	33,7	33,6	33,7	33,7	33,7	33,9	33,9	34,1	34,3	
65 - 79	11,2	11,4	11,5	11,6	11,7	11,6	11,6	11,5	11,5	
80 ou plus	4,5	4,6	4,7	4,7	4,7	4,8	4,8	4,9	5,0	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tiré de : Office Cantonal de la Statistique, 2018

9.2. Annexe 2

Figure 4. Taux selon l'âge et le sexe des gens s'automutilant entre 2007 et 2016

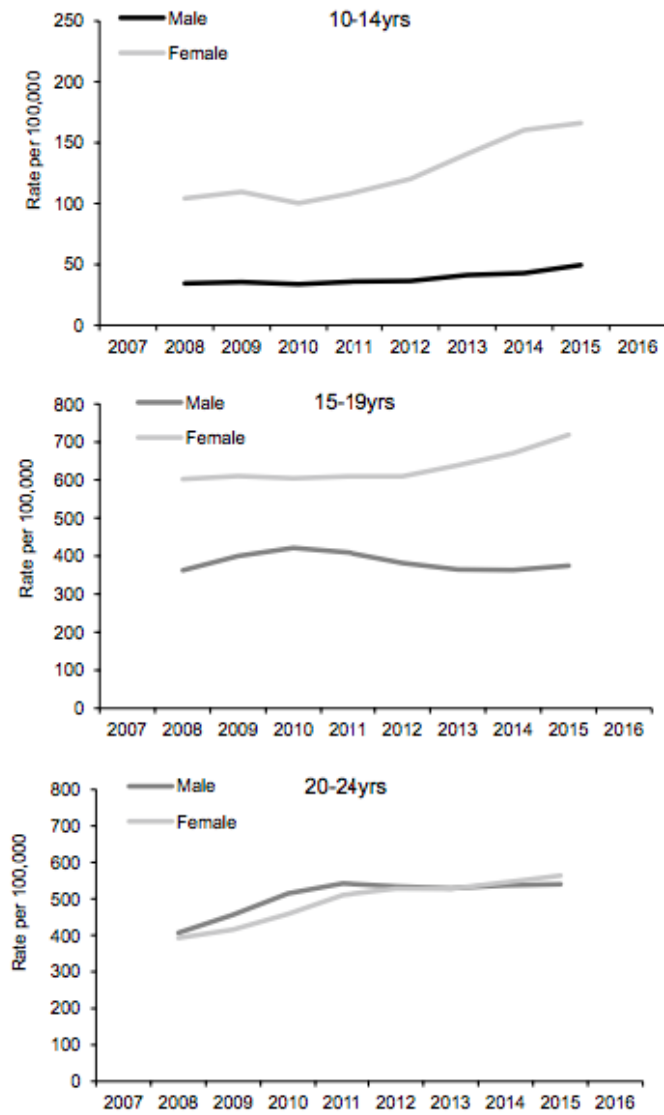


Fig. 1 a-c Rates of self-harm (3-year moving averages), 2007–2016, by gender and age-group

Tiré de : Griffin et al. (2018)

9.3. Annexe 3

Fiche de lecture 1

Thomas, J. B. & Haslam, C. O. (2017). How people who self-harm negotiate the inpatient environment : the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 480-490. doi: 10.1111/jpm.12384

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

➤ Identité des auteurs :

- J. B. Thomas est assistant psychologue à la Fondation Cumbria Partnership, ainsi que professeur de santé psychologique à l'école du sport, de l'exercice et des sciences de la santé, à l'Université de Loughborough, en Angleterre.
- C. O. Haslam est professeur de santé psychologique à l'école du sport, de l'exercice et des sciences de la santé, à l'Université de Loughborough, en Angleterre.

➤ Le nom et type de revue :

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing publie des contributions originales qui intègrent les connaissances et pratiques de la psychiatrie et des soins infirmiers en santé mentale. Il souligne également l'importance du client comme un collaborateur actif, reconnaît les expériences des soins, souligne les valeurs humanistes et c'est un dossier des paramètres changeants en matière de théorie et de pratique infirmière.

➤ Le lieu de l'étude :

Dans un environnement hospitalier en Angleterre.

➤ Les objectifs pratiques :

L'équipe soignante en santé mentale a été interrogée pour construire des questions au sujet de la prévention à partir de données probantes et d'explorer comment la prévention de l'automutilation impacte les usagers du service à partir de la perspective du personnel, comment ils contrôlent la détresse et comment cela impacte l'équipe et leur approche dans la prise en soin.

1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 *Objet de la recherche*

Le dilemme de la prévention avec un potentiel néfaste, d'explorer comment le personnel tente d'influencer la négociation dans un environnement hospitalier et d'identifier les facteurs ayant un impact sur leurs interventions.

1.2.2 *Question de recherche*

L'impact de la prévention de l'automutilation grâce à la mise en place de stratégies de coping dans des environnements hospitaliers.

1.2.3 *Hypothèse de travail*

N'est pas clairement définie par les auteurs mais peut être déduite : l'automutilation a un rôle fonctionnel et les interventions devraient se focaliser sur les origines de la détresse.

1.2.4 *Cadre théorique de la recherche*

N/A

1.2.5 *Principaux concepts et/ou notions utilisés*

L'automutilation est perçue comme ayant un rôle fonctionnel face à la détresse, dont la définition est : expériences psychologiques comme l'anxiété, le désespoir, l'inutilité, la dépression et la tristesse, l'agitation et la fatigue.

1.3. Méthodologique de la recherche

1.3.1. *Outil pour la récolte des données*

Les auteurs ont effectué une interview avec des questions ouvertes pour éviter d'imposer leurs idées et permettre aux participants de développer leur propre pensée. Un groupe cible avec une équipe de psychologues cliniques provenant d'une structure hospitalière ont aidé dans le développement de l'interview afin d'éviter les influences dans les questions.

L'interview a été effectuée par téléphone car quelques participants ne se sentaient pas capables émotionnellement d'être en face du chercheur. Les entretiens ont été conduits par un étudiant Bachelor avec de l'expérience dans les méthodes qualitatives et dans le domaine des structures hospitalières en santé mentale.

1.3.2 *Population de l'étude*

Dix professionnels en santé mentale, âgés entre 23 et 31 ans (8 femmes et 2 hommes) avec une expérience dans le milieu hospitalier où sont hospitalisés des usagers du service, ont été recrutés pour cette analyse. L'échantillon comportait divers professionnels de la santé comme des infirmières, des travailleurs sociaux, des assistants en psychologie et des stagiaires psychologues ayant une expérience variée.

1.3.3 *Type d'analyse*

Les auteurs ont choisi une méthode qualitative pour éviter d'émettre des hypothèses sur la façon dont les gens répondent à un environnement hospitalier.

1.4. Présentation des résultats

1.4.1. *Principaux résultats de la recherche*

Les résultats sont présentés sous forme de diagramme.

Cinq thèmes subdivisés en plusieurs sous-thèmes ressortent de cette étude.

➤ **Thème 1 : les caractéristiques d'un environnement hospitalier en lien avec l'automutilation**

L'équipe soignante de santé mentale a parlé de plusieurs manières d'empêcher l'automutilation. Tous les professionnels visent l'empêchement de l'automutilation en utilisant des méthodes comme la psychoéducation et les thérapies. D'autres approches incluent l'observation, la limitation à l'accès des objets risqués, la reconnaissance et la réponse aux indicateurs de détresse intensifiée. La contrainte physique a été utilisée lorsqu'une personne est sur le point de s'automutiler.

- **Bénéfices d'un environnement hospitalier :** est décrit comme un endroit où le personnel peut fournir un soin cohérent et permettre aux usagers de recevoir un soin prolongé qui les aide à surmonter les pulsions d'automutilation.

Est apprécié comme environnement sûr pour empêcher l'automutilation de devenir mortelle, néanmoins les participants ne peuvent pas empêcher toutes les automutilations.

- **Limitations d'un environnement hospitalier :** ce lieu de contrôle peut diminuer la confiance en soi des usagers de pouvoir survivre sans automutilation.

L'environnement hospitalier peut exposer les usagers à des incidents pénibles dans l'unité. Par exemple, pour une personne qui utilise l'automutilation en cas de détresse, cet acte a été reconnu comme étant une expérience pénible à vivre qui peut déclencher l'automutilation chez une autre personne.

La prévention de l'automutilation peut potentiellement gêner la qualité de vie, notamment si la santé physique devrait être prioritaire.

- Thème 2 : les expériences de détresse et de pulsions dans l'automutilation, dans un environnement hospitalier
L'équipe décrit ses observations dans l'expérience de la détresse vécue par les usagers dans un environnement hospitalier et comment ce lieu influence leurs niveaux de détresse.
 - Les pulsions d'automutilation qui doivent être supportées ou gérées sont comme un bruit de fond qui s'intensifie, atteignant une apogée.
 - La continuité ou le maintien de la détresse comme la conséquence de l'incapacité à ne pas s'automutiler, ce qui endommage la relation thérapeutique.
La prévention peut provoquer des réponses d'agression, de retrait des soins et un isolement des personnes qui continuent à être en détresse.

- Thème 3 : quand l'environnement hospitalier ne fournit pas aux usagers des moyens pour gérer la détresse
Deux groupes ont tenté de gérer cette détresse dans un environnement hospitalier. Un processus où l'automutilation n'a pas été remplacée avec succès par un autre moyen de gestion de la détresse et où les usagers ont essayé de trouver leur propre méthode. Un autre groupe où les participants ont reçu de la part de l'environnement hospitalier des moyens réussis pour gérer leur détresse. Ici n'est décrit que le premier groupe.
 - Patients étant motivés à trouver une autre manière d'empêcher leur détresse : le plus fréquent a été de construire ou trouver un objet avec lequel ils peuvent s'automutiler. Cette lutte de contrôle entre l'équipe et les usagers peut conduire à passer à des méthodes d'automutilation plus dangereuses et plus accessibles comme la restriction alimentaire, avaler des corps étrangers et de les introduire dans son propre corps. D'autres méthodes incluent le fait de se brûler, se mordre, rouvrir les plaies, se négliger, manger excessivement et de se gratter. Mais aussi de dormir, d'utiliser des somnifères, des médicaments ou des drogues.
 - Le maintien de l'automutilation : l'automutilation est une technique fiable de gestion de la détresse. L'équipe a pu observer que quelques personnes s'automutilent pour entretenir leur détresse en éprouvant des sentiments de culpabilité. Les réponses négatives de l'équipe à l'automutilation sont un facteur de maintien possible de la détresse et de l'automutilation.

- Thème 4 : les façons auxquelles l'environnement hospitalier essaye de diminuer l'automutilation en fournissant aux usagers des moyens alternatifs pour gérer la détresse
 - L'utilisation de techniques psychologiques, médicaments et d'autres ressources pour faire face à la détresse en opposition à l'utilisation de l'automutilation.
Les usagers approchent souvent l'équipe pour avoir du soutien comme alternative à l'automutilation mais cela dépend de la relation thérapeutique et de la disponibilité du soignant.
La thérapie du comportement dialectique (TCD) et le mindfulness sont fréquemment employés mais les participants reconnaissent que ces approches ne fournissent pas un soulagement immédiat et nécessitent de la pratique.
La distraction est décrite comme étant une ressource quand un usager n'est pas capable de consolider l'utilisation d'autres compétences. Le soutien social est vu comme étant utile par les participants.
 - L'apprentissage d'une aptitude à faire face sans utiliser l'automutilation comme résultat d'un environnement hospitalier
 - La minimisation du dommage

- Thème 5 : les variables qui influencent les réponses à l'environnement hospitalier
- Différences individuelles : âge et genre (dans les réponses aux interventions), usager plus âgé ou plus expérimenté (maîtrise des techniques psychologiques alternatives)
- Différences circonstanciées : les circonstances pénibles vécues dans l'environnement hospitalier peuvent les faire se sentir incapables de gérer leur détresse en utilisant des stratégies alternatives (restriction alimentaire, objet trouvé et/ou construit)
- Relation thérapeutique
- Ressources de l'équipe
- La disposition à changer et une santé psychologique plus large
- Les autres usagers

1.4.2 *Conclusions générales*

Cette étude a fourni de nouveaux aperçus sur comment les usagers du service, avec une histoire d'automutilation, répondent à la prévention dans un environnement hospitalier.

De plus, l'étude a identifié les perceptions du personnel lorsqu'il a essayé de gérer la détresse des utilisateurs ainsi que leur expérience en la matière en utilisant les ressources propres à un environnement hospitalier.

1.4.3 *Particularité ou originalité de leur étude*

Les auteurs déclarent que leur étude est la première à investiguer le point de vue de l'équipe sur comment être pris en soin dans un environnement hospitalier et l'impact sur la gestion de la détresse chez les usagers qui utilisent l'automutilation comme méthode principale de gestion de la détresse.

Cinq résultats ont été développés et s'appuient sur des preuves existantes. Ils fournissent de nouveaux aperçus sur l'impact de la prévention de la détresse chez les usagers qui s'automutilent, comment l'équipe essaye d'intervenir dans cette dynamique et la reconnaissance des facteurs influençant leurs interventions.

1.5 **Éthique**

Les interviews individuelles qui ont été effectuées ont suivi un protocole éthique de l'Université de Loughborough. Tous les participants ont reçu une feuille d'information de la procédure éthique où il était demandé s'ils souhaitaient poursuivre les interviews et ont été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment.

1. **Démarche interprétative**

2.1. **Apports de l'article**

Il est enrichissant de pouvoir lire l'impact que le milieu hospitalier peut procurer sur la détresse et les pulsions que cela peut générer. La prise en soin doit pouvoir apporter un environnement hospitalier qui aide à limiter les pulsions mais aussi à diminuer la détresse vécue par les patients.

Cette étude met en lumière l'importance de donner des moyens individuels pour gérer la détresse, de garder un lien thérapeutique et d'apporter une réponse positive afin d'éviter les pulsions d'automutilation.

Enfin, il met également en exergue la nécessité de maintenir la prévention et de ne pas la relâcher, notamment lors des repas ou le soir.

2.2. **Limites (méthodologiques ou de connaissances)**

Les auteurs donnent deux limites à leur étude :

- l'utilisation du personnel en santé mentale avec un large éventail d'expériences, ne fournit pas une expérience dans la gestion de la détresse dans un environnement hospitalier. Cette recherche serait plus personnalisée si l'expérience des patients avait été prise en compte, car il y a un manque de recherche sur l'efficacité des interventions psychosociales

- le petit échantillon et l'approche qualitative limitent la généralisation de ces résultats
De plus, les auteurs reconnaissent que les entrevues et l'analyse ont été guidées par l'existence de preuves sur l'automutilation comme fonctionnelle et significative, et de ce fait, l'interprétation des données et thèmes reflètent les idées existantes et peuvent risquer de négliger d'autres thèmes possibles.
En complément des limites des auteurs, ni le lieu ni le nombre d'environnements hospitaliers choisis pour effectuer les entrevues n'ont été mentionnés.
De plus, il a été question de négociation par le personnel dans la prévention de l'automutilation, mais les résultats n'en font nullement mention.

2.3. Pistes de réflexion

Les auteurs proposent trois recommandations pour la pratique :

- Comprendre la détresse sous-jacente
Il est important de comprendre et de faire attention à la raison menant la personne à s'automutiler en illustrant que cet échec peut mener à utiliser d'autres méthodes potentiellement néfastes à la gestion de la détresse.
L'exploration de la fonction et de la signification de l'automutilation peut être effectuée par n'importe quel membre de l'équipe ayant une bonne relation avec l'individu, en utilisant la méthode de Wyatt et Gask (2009) :
 - les événements qui précèdent l'automutilation
 - ce que ces événements signifient pour l'individu
 - la quantité d'automutilation planifiée et comment cela peut influencer la prise en soin
 - le résultat attendu de l'automutilation
 - comment la personne s'est sentie après l'automutilation et si la fonction a été accomplie
- Des interventions individualisées basées sur cette compréhension
Cela aiderait à identifier les interventions les plus utiles afin d'éviter que la détresse ne se poursuive et d'utiliser des méthodes nuisibles pour la gérer. Il est possible d'utiliser un outil "Le modèle de choix" selon Y.K. (2013).
- Identifier et travailler autour des obstacles à l'intervention
La relation thérapeutique et la volonté de changement sont importantes pour évaluer l'efficacité d'une intervention, afin que le personnel puisse trouver des solutions en créant un plan de soin individualisé.

Chacune de ces recommandations pour la pratique peuvent faire l'objet d'une étude plus approfondie afin que les soignants sachent ce qui fonctionne ou pas grâce aux données probantes.

Les auteurs proposent d'explorer les répercussions de la prévention de l'automutilation afin d'enrichir l'expérience de survie face à la détresse sans s'automutiler mais aussi le découragement lors d'un contrôle du milieu hospitalier sur l'automutilation.

En complément, il aurait été intéressant d'avoir le sentiment et le ressenti des patients vivant une détresse et à qui l'équipe soignante propose la mise en place d'interventions afin de diminuer cette détresse et de prévenir les pulsions d'automutilation. Ceci aurait permis la mise en lumière des interventions efficaces ou non du point de vue des patients.

Fiche de lecture 2

Cleaver, K., Meerabeau, L. & Maras, P. (2014). Attitudes towards young people who self-harm : age, an influencing factor. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2884–2896. doi: 10.1111/jan.12451

1. Démarche descriptive

1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs :*

Cet article a été écrit par une médecin et deux professeures anglaises de l'Université de Greenwich à Londres (Royaume Uni) :

- Dr Karen Cleaver est cheffe du département des soins familiaux et de la santé mentale à l'Université d'Éducation et Santé de Greenwich, Londres, Royaume Uni.
- Liz Meerabeau est professeure de soins de santé à l'Université d'Éducation et Santé, Université de Greenwich, Londres, Royaume-Uni.
- Pam Maras est professeure et directrice de la recherche et de l'entreprise à l'Université d'Éducation et de Santé de Greenwich, École de santé et de protection sociale, Londres, Royaume-Uni.

➤ *Le nom et type de revue :*

Le *Journal of Advanced Nursing (JAN)* est une revue scientifique internationale évaluée par des pairs. Elle contribue à l'évolution des soins infirmiers, des sages-femmes et des soins de santé fondés sur des données probantes en diffusant des recherches et des études de grande qualité de pertinence actuelle et ayant le potentiel de faire progresser les connaissances pour la pratique, l'éducation, la gestion ou la politique. Elle publie des revues de recherche, rapports de recherche et documents méthodologiques et théoriques.

➤ *Le lieu de l'étude :*

Cette recherche a été effectuée dans quatre départements d'urgence et un département ambulancier situés en Angleterre.

➤ *Les objectifs pratiques :*

L'objectif de cette recherche est de déterminer les attitudes du personnel de soins d'urgence envers les jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui s'automutilent et comprendre les différentes attitudes qui existent.

1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 *Objet de la recherche*

Les attitudes adoptées par le personnel soignant d'urgence préhospitalière et hospitalière en Angleterre envers les jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui s'automutilent, et l'influence que peut avoir l'âge de ces derniers sur cette prise en soin.

1.2.2 *Question de recherche*

La question de recherche n'est ici pas clairement définie. Elle est cependant suggérée comme étant "quelle est l'influence de l'âge des jeunes s'automutilant sur les attitudes soignantes ?".

1.2.3 *Hypothèse de travail*

L'hypothèse de travail de cette étude est qu'il y aurait un lien entre l'âge des jeunes s'automutilant et la prise en soin qui y est associée, du fait de leur possible "immaturité" et de l'empathie qui en découle.

1.2.4 *Cadre théorique de la recherche*

Le cadre théorique abordé est le modèle de Weiner. Ce modèle dit "d'attribution" est basé sur le principe que la probabilité qu'un individu participe à un comportement d'aide est liée à la mesure dans laquelle il perçoit la cause de la détresse, due à des facteurs contrôlables ou non.

1.2.5 *Principaux concepts et/ou notions utilisés*

Les principales notions sont le soin infirmier dans les départements d'urgence, les comportements d'aide, les facteurs influençant (âge par exemple) et les attitudes soignantes conscientes et inconscientes.

1.3. Méthodologique de la recherche

1.3.1. *Outil pour la récolte des données*

Il s'agit d'une approche de méthodes mixtes. Les données ont été obtenues simultanément grâce à des méthodes d'enquêtes et d'entretiens semi-structurés ; les deux ensembles de données ont été intégrés et analysés pour identifier leur cohérence et leurs éventuelles irrégularités. L'enquête a été réalisée à partir de deux échelles, l'une orientée vers les jeunes Attitudes Towards Young People (ATYP) et l'autre orientée vers les jeunes s'automutilant Attitudes Towards Young People who Self-Harm (ATYP-SH). Ces données ont été collectées en 2010.

1.3.2. *Population de l'étude*

Cette étude est réalisée auprès de 143 membres du personnel de quatre départements d'urgence et un service d'ambulance, de sept infirmières pédiatriques et cinq ambulanciers de la même localité ; ce personnel prenant en soin des jeunes (âgés de 12 à 18 ans) qui s'automutilent.

1.3.3. *Type d'analyse*

Il s'agit d'une étude dite de triangulation convergente. Elle regroupe diverses données collectées.

1.4. Présentation des résultats

1.4.1. *Principaux résultats de la recherche*

Au total, 610 questionnaires ont été distribués. Le nombre de questionnaires rendus par les départements d'ambulance représentaient 67% (N = 408) du total des questionnaires distribués ; taux de réponses du service d'ambulance (N = 68, 17%) a affecté le taux de réponse global (N = 149, 24%). Six questionnaires retournés étaient incomplets et n'ont pas été inclus dans l'analyse finale.

Le coefficient de corrélation a confirmé une forte corrélation positive entre les scores sur les deux échelles utilisées pour mesurer les attitudes. Les praticiens ont eu des attitudes plus positives envers les jeunes qui s'automutilent plutôt qu'envers les jeunes en soi. Les deux ensembles de données ont confirmé la présence d'ambivalence et d'ambiguïté dans les attitudes. Les données qualitatives ont révélé qu'en raison de leur âge et de leur immaturité, les jeunes n'étaient pas tenus pour responsables de leurs comportements autodestructeurs.

1.4.2. *Conclusions générales*

Une forte corrélation positive existe entre les attitudes envers les jeunes en général et les attitudes pratiquées envers les jeunes qui s'automutilent.

En raison de leur âge, les praticiens attribuent un faible contrôle et donc plus de volonté d'aider les jeunes qui s'automutilent ; les conclusions étendant la sous-estimation de la base des comportements d'aide des praticiens.

1.4.1 *Particularité ou originalité de leur étude*

L'originalité de cette étude est de rechercher les comportements conscients ou inconscients, positifs ou négatifs envers les jeunes qui s'automutilent.

1.5. Éthique

Cette étude a bénéficié de l'approbation du comité d'éthique de la recherche par le Service national d'éthique de la recherche (NRES). L'approbation a également été obtenue des Départements de développement (R & D) des cinq NHS Trusts impliqués dans l'étude.

1. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article permet de reconnaître les attitudes positives et négatives détaillées dans les résultats de la part des soignants envers les jeunes qui s'automutilent. En effet, des comportements parfois inconscients peuvent être vécus comme négatifs et jugeant par ces adolescents. Ce ressenti entrave alors fortement l'alliance thérapeutique à mettre en place, outil indispensable à cette prise en soin.

2.2. Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites de cette étude sont :

- la collecte de données réalisée en 2010, ce qui donne des résultats peu récents
- la non précision de la sélection de l'échantillonnage
- le contrôle limité quant à l'exactitude des données entrées dans les échelles

2.3. Pistes de réflexion

Il devrait y avoir une cohérence entre les décideurs lorsqu'ils ont élaboré des lignes directrices pour les parcours des jeunes à travers les soins d'urgence, quant à l'âge auquel les jeunes sont transférés dans des services pour adultes.

Les jeunes âgés de 16 à 17 ans devraient être consultés pour obtenir leur point de vue sur le lieu où leurs besoins seraient les mieux satisfaits (services pour adultes ou pour enfants).

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer la relation entre les attitudes envers les jeunes, et comment ou si cela influence les soins qu'ils reçoivent.

9.4. Annexe 4

Tableau 6. Tableau synoptique à doubles entrées

	Environnement de soin	Détresse et pulsion	Stratégies de coping	Influences	Proches aidants	Facteurs favorisant et défavorisant de la demande d'aide	Caractéristiques de la transition	Relation thérapeutique (équipe soignante)	Interventions et attitudes infirmières	Prévention de l'automutilation	Représentations de l'automutilation	Adolescent acteur	Différence aide et soin
Thomas & Haslam (2017)	•	•	•	•		•		•		•			
Rissanen, Kylmä & Laukkanen (2009)					•	•							
Tofthagen, Talseth & Fagerstrom (2017)			•		•		•	•	•				
Sue McAndrew & Tony Warne (2014)						•			•				
Doyle (2018)					•					•			
Lindgren, Söderberg & Skär (2015)	•				•	•	•		•				
Rissanen, Kylma & Laukkanen (2012)					•	•			•	•			•
Cleaver, Meerabeau & Maras (2014)	•							•			•		
Skärsäter & Willman (2006)							•	•	•			•	

