

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES UNITES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT POUR JEUNES SUICIDANTS A GENEVE

L'unité de crise pour adolescents des HUG :
évaluation de son fonctionnement durant la première année

Evaluation du programme d'étude et prévention du suicide
rattaché à l'unité hospitalière pour jeunes suicidants
à Genève

*Christine Ferron, Pierre-André Michaud, Françoise Dubois-Arber,
Anne Chollet-Bornand, Paule-Andrée Scheder*

Citation suggérée :

Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder PA. Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Raisons de santé, 14).

L'unité de crise pour adolescents des HUG : Evaluation de son fonctionnement durant la première année	9
Evaluation du programme d'étude et prévention du suicide rattaché à l'unité hospitalière pour jeunes suicidants à Genève	61

L'UNITE DE CRISE POUR ADOLESCENTS DES HUG

Evaluation de son fonctionnement durant la première année

Christine Ferron, Pierre-André Michaud

Etude financée par :

Le Département de l'action sociale et de la santé de Genève.

Remerciements :

Cette étude n'aurait pu être menée à bien sans la collaboration active des collaborateurs de l'UCA, des thérapeutes engagés dans le traitement des jeunes suicidants et sans le concours actif de ces derniers.

TABLE DES MATIERES

1	Synthèse et conclusion	8
1.1	Le projet	8
1.2	L'évaluation	8
1.3	Résumé des premiers résultats	9
1.3.1	Présentation de l'unité	9
1.3.2	L'unité de crise pour adolescents en quelques chiffres	9
1.3.3	Le vécu des adolescents	10
1.3.4	Le vécu des soignants	10
1.3.5	Le devenir des jeunes à trois mois	12
1.4	Conclusions et recommandations	12
1.4.1	Modalités et critères et d'admission	13
1.4.2	Fonctionnement de l'unité	13
1.4.3	Gestion des ressources humaines	14
1.4.4	La recherche	14
2	Introduction et méthodes	16
2.1	Le projet Children Action	16
2.2	La mise en oeuvre du projet	17
2.3	Evaluation de l'unité hospitalière : objectifs et méthode	17
2.3.1	Contexte et objectifs	17
2.3.2	Population cible	18
2.3.3	Evaluation des processus	19
2.3.4	Evaluation des résultats	20
2.3.5	Aspects éthiques	21
2.4	Présentation de l'unité	21
3	L'échantillon et son evolution	23
3.1	Composition de l'échantillon	23
3.2	Données relatives à la tentative de suicide	26
3.3	Données chiffrées relatives au séjour	28
3.4	Evolution de la situation des adolescents entre les deux bilans	29
3.4.1	Gestion du temps libre	29
3.4.2	Consommations, comportements à problème et santé subjective	30
3.4.3	Image de soi	31
3.4.4	Status psychiatrique	34
3.4.5	Suivi thérapeutique et risque suicidaire	35
3.5	Remarques relatives à ces données quantitatives	35

4	Entretiens avec les infirmiers et les thérapeutes	37
4.1	Les entretiens avec les infirmiers	37
4.1.1	Expérience professionnelle et motivations	37
4.1.2	Fonctionnement de l'unité et nature du travail	37
4.1.3	Le travail thérapeutique	38
4.1.4	Les particularités du travail avec les jeunes suicidants	39
4.1.5	Les difficultés du travail	41
4.1.6	Travail en équipe et supervision	43
4.2	Analyse des entretiens avec les thérapeutes	44
4.2.1	Expérience professionnelle et motivations	44
4.2.2	Fonctionnement de l'unité et de l'équipe soignante	44
4.2.3	Le vécu des adolescents à l'unité tel qu'il est perçu par les thérapeutes	45
4.2.4	Le processus thérapeutique	45
4.2.5	Difficultés du travail thérapeutique à l'unité	46
4.2.6	Le rôle de l'assistante sociale et l'approche des familles des jeunes suicidants	48
4.2.7	Les difficultés à venir	49
5	Analyse des entretiens avec les adolescents	50
5.1	La vie quotidienne à l'unité	50
5.1.1	Le cadre	50
5.1.2	Les activités à l'unité	51
5.1.3	Les sorties	51
5.1.4	Les repas	51
5.1.5	Les soirées et les nuits	52
5.2	Le vécu de l'hospitalisation	52
5.2.1	Un temps et un espace pour réfléchir et pour s'exprimer	53
5.2.2	Une adaptation difficile	53
5.3	Les aspects relationnels et le versant thérapeutique	54
5.3.1	Les relations avec les infirmiers	54
5.3.2	Les relations avec les thérapeutes	54
5.3.3	Les relations avec les autres jeunes	55
5.3.4	Les relations entre les familles et l'équipe soignante	56
5.4	Les suites du séjour	56
5.4.1	Le vécu de l'après unité	56
5.4.2	La compliance aux recommandations thérapeutiques	57
6	Bibliographie	58
7	Annexes (disponibles sur demande)	59

1 SYNTHÈSE ET CONCLUSION

1.1 LE PROJET

Les Hôpitaux universitaires genevois ont mis sur pied, avec l'aide de la Fondation "Children Action", une **Unité de crise pour adolescents**¹ (U C A) âgés de 16 à 22 ans; cette unité a ouvert ses portes en novembre 1996. Son objectif était de fournir aux jeunes suicidants, ayant été admis dans un premier temps au DUMC de l'Hôpital cantonal de Genève, un lieu de soins et d'élaboration psychique qui débouche, au terme d'un séjour de 4 semaines maximum, sur une prise en charge ambulatoire. Cette prise en charge devait permettre d'améliorer la qualité du suivi psychothérapeutique ambulatoire à moyen et long terme et, du même coup, prévenir les récurrences de tentative ou les suicides, dont on sait qu'ils surviennent avec une grande fréquence dans la population des adolescents ayant déjà commis une tentative.

Etant donné son caractère novateur, il était souhaitable que cette nouvelle unité fasse l'objet d'une évaluation de son fonctionnement et de ses premiers résultats. Le présent document expose la démarche et les résultats de l'évaluation réalisée par l'unité de santé des adolescents de l'IUMSP de Lausanne.

La mise sur pied de ce projet était assortie d'un volet préventif, visant à mieux informer les professionnels confrontés à la problématique du suicide et à répondre à des questions ou des demandes de consultation urgente auprès de jeunes à risque. Ce volet a fait l'objet d'une évaluation séparée, menée également par des collaborateurs de l'IUMSP.

1.2 L'EVALUATION

Les *objectifs de la* présente évaluation sont de décrire le collectif de jeunes admis dans l'unité, le fonctionnement de l'unité et les modifications à y apporter et finalement l'impact du séjour sur les jeunes (en terme de maintien dans une filière thérapeutique, de risque suicidaire, de santé mentale et de style de vie). Des entretiens ont été menés à la fois avec l'ensemble des soignants et avec les adolescents. Ces derniers ont été interrogés lors de leur admission à l'unité par l'un des membres de l'équipe soignante, puis recontactés 3 à 6 mois après l'hospitalisation par une psychologue chargée de recherche. A ces deux occasions, deux questionnaires leur ont été présentés : le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, permettant d'apprécier l'importance de la psychopathologie dans les principales dimensions du DSM-IV et son évolution depuis l'admission au centre des urgences) et un questionnaire évaluant notamment la présence depuis l'hospitalisation, de problèmes de santé, de conduites auto ou hétéro-agressives.

Il avait été prévu de comparer le collectif genevois à un collectif vaudois aux caractéristiques comparables (tentatives de suicide admises au CHUV), mais ce projet n'a pas abouti, pour des raisons indépendantes de la volonté des responsables de la recherche.

¹ La dénomination utilisée à l'origine était celle de "Unité hospitalière pour jeunes suicidants", mais elle a été abandonnée, avant même son ouverture, au profit de celle d'Unité de crise pour adolescents, une terminologie considérée comme plus neutre.

1.3 RESUME DES PREMIERS RESULTATS

1.3.1 Présentation de l'unité

L'UCA est localisée dans un appartement, situé à proximité de l'Hôpital cantonal, qui se distribue sur 2 étages et dont les fenêtres et le balcon ont été condamnés par des grillages. Il comporte 8 chambres individuelles (1 lit), une cuisine, des salles de séjour et d'entretien. Le personnel est exclusivement formé de soignants (infirmiers et infirmières) et de thérapeutes *ayant une formation psychiatrique*. L'adolescent admis, *toujours sur une base volontaire*, accepte un règlement interne qui stipule notamment qu'il est interdit d'avoir des relations sexuelles, de consommer des psychotropes ou de faire usage de la violence. Des sorties - accompagnées ou non selon l'évolution des sujets - peuvent être organisées. L'emploi du temps des adolescents se répartit entre des sessions de thérapie personnelle, des entretiens en groupe, des activités artistiques et créatrices, parfois des sorties et les repas. La durée du séjour est en principe limitée à un mois maximum.

1.3.2 L'unité de crise pour adolescents en quelques chiffres

Durant les 6 premiers mois d'existence de l'UCA, 76 adolescents ont fait l'objet d'une évaluation pour idéation suicidaire ou tentative de suicide. Sur ce nombre, 35 jeunes ont refusé l'admission à l'UCA et 9 autres ont refusé de participer à l'évaluation, de sorte que seuls 32 jeunes ont été inclus dans cette étude. De plus, 11 jeunes parmi ces 32 jeunes inclus lors de l'hospitalisation n'ont pas pu être évalués lors du bilan réalisé 3 mois plus tard : la majorité n'ont pas pu être atteints et dans deux cas, le thérapeute a jugé la démarche inopportune : en d'autres termes, une évaluation complète et conforme au protocole de recherche n'a pu être menée à bien que chez 21 jeunes. La durée moyenne de séjour est de l'ordre de 17 jours et le taux moyen d'occupation varie entre 50 et 100% avec une moyenne à environ 70% sur les 6 premiers mois.

Ces différents chiffres méritent quelques commentaires :

- presque la moitié des jeunes suicidants évalués (soit à la DUMC, soit à l'UCA, soit en pédiatrie) ont refusé l'admission à l'UCA : il sera important à l'avenir de connaître les raisons de ce refus de même que le devenir de ces jeunes ;
- sur la quarantaine de jeunes admis, seule un peu plus de la moitié a pu être incluse dans l'étude au deux temps : c'est souligner l'extrême difficulté de suivre à moyen terme des jeunes en grande difficulté psychologique ;
- enfin, et il s'agit là d'un constat inattendu, la proportion de jeunes admis pour idéation suicidaire et non pour tentative de suicide s'est révélée beaucoup plus forte que prévue (47%) : elle tient sans doute à la fois au nombre important de jeunes ayant commis une tentative qui refusent l'admission et aussi au fait que le volet préventif de la démarche s'est révélé plus efficace que prévu².

Le collectif de jeunes inclus dans la recherche présente plusieurs caractéristiques intéressantes :

- 81% sont des filles : même si l'on sait que la tentative de suicide est plus fréquente chez les personnes de sexe féminin, il n'empêche que cette proportion est très élevée : on peut supputer que ce sont plutôt les garçons qui refusent l'admission à l'UCA - ce que sembleraient confirmer les statistiques préliminaires faites par l'unité de prévention (12 garçons sur 35 sujets ayant refusé l'admission, soit environ 30%) - et plus globalement qui échappent aux filières de soins ;
- 79% vivent avec leurs deux parents soit un pourcentage assez proche de la population général ;

² Voir à ce propos le rapport d'évaluation de F. Dubois-Arber et al, IUMSP, 1997.

- la trajectoire scolaire pour beaucoup de ces jeunes est assez chaotique : seuls 36% d'entre eux n'ont jamais redoublé d'année, et 70% d'entre eux ont eu un absentéisme scolaire important dans l'année précédant leur admission à l'UC ;
- enfin, beaucoup des jeunes admis ont eu un parcours de vie particulièrement difficile : 58% ont été victimes de violences physiques et 48% d'attouchements physiques, dont 29% ont été victimes d'un viol et 15% victimes d'inceste.

Le déroulement du séjour, chez ces adolescents mal en point, est inévitablement grevé d'un certain nombre d'incidents : ainsi, 10% des jeunes ont fugué durant leur séjour, en général pour une période relativement brève; 22% ont répété un geste suicidaire dans l'unité, sans conséquence grave heureusement; 13% ont dû être exclus de l'unité soit pour des décompensations psychiques graves nécessitant une hospitalisation à Belle-Idée, soit pour un manquement répété au règlement. Enfin, il faut noter que 26%, *de jeunes admis dans l'unité, soit un quart du collectif étudié, ont dû être réadmis dans les trois mois qui ont suivi leur séjour.*

En résumé, si la présente évaluation permet de se donner une bonne idée du fonctionnement de l'unité et de certains aspects qu'il importera à l'avenir de modifier, elle ne permet pas, étant donné la petite taille de l'effectif étudié, de tirer des conclusions statistiquement valides quant à l'impact du séjour à l'unité. Une autre limite de cette évaluation est le temps écoulé entre le geste suicidaire et le deuxième bilan, 3 mois, qui interdit toute considération pronostique à long terme.

1.3.3 Le vécu des adolescents

D'une façon générale, la majorité des adolescents gardent un bon souvenir de leur séjour. L'atmosphère est décrite comme chaleureuse, accueillante. La vie de groupe, les nombreux échanges de parole sont pour beaucoup une découverte et un plaisir. Les relations avec les soignants sont décrites comme agréables, voire exemplaires, ces derniers étant décrits comme particulièrement disponibles. A vrai dire, les commentaires de nombreux jeunes laissent apparaître une image passablement idéalisée de ce lieu maternel, où les adultes sont constamment à l'écoute, compréhensifs, non critiques. Peut-être s'agit-il là d'un premier aspect qui mérite une réflexion à l'avenir : on peut en effet émettre l'hypothèse que ce lieu presque trop idéal (ou idéalisé) pourrait inciter certains jeunes à récidiver dans leur menace suicidaire pour pouvoir y revenir (les commentaires de certains soignants vont d'ailleurs dans ce sens). L'absence relative de frustrations et de contraintes pourrait aussi compliquer la réadaptation à une vie à l'extérieur et expliquer un taux de réadmission élevé.

Trois moments clé de la journée ont été décrits par plusieurs jeunes comme particulièrement difficiles :

- les repas, qui se prennent à une grande table, et lors desquels certains adolescents se sentent mal à l'aise, observés, peu enclins à prendre la parole ;
- les soirées et les nuits, sont décrites comme longues et pénibles, à la fois parce que les activités en commun arrivent à leur terme et que les jeunes se retrouvent seuls face à leur dépression et leurs angoisses, à la fois aussi parce que beaucoup d'entre eux souffrent de troubles de l'endormissement ;
- les sessions thérapeutiques en groupe sont ressenties par beaucoup comme pénibles, inutiles voire franchement contre-productives.

Enfin, beaucoup de jeunes, lors du deuxième bilan, parlent des difficiles séparations, lorsqu'un camarade avec lequel on s'est lié s'en va, ou lorsqu'est venu le moment de quitter l'unité.

1.3.4 Le vécu des soignants

Ce sont d'une part les thérapeutes, psychologues et médecins chargés de l'abord proprement thérapeutique des jeunes qui ont été interrogés, et d'autre part les infirmières et infirmiers chargés de l'encadrement de tous les jours. D'une façon générale, on ne peut qu'être frappé du haut niveau de compétences de l'ensemble du personnel de l'UCA : la très large majorité des intervenants sont des personnes ayant beaucoup d'expérience et de fortes motivations, du plaisir à travailler dans ce cadre

nouveau. Les relations interpersonnelles sont bonnes, il ne semble pas exister de conflit majeur à l'intérieur de l'unité; tout au plus doit-on peut-être mentionner que la collaboration entre les thérapeutes et les responsables du secteur prévention laisse à désirer : ce hiatus risque d'être préjudiciable à un bon suivi à long terme des jeunes admis à l'UCA. Il est possible qu'une simplification du dossier médical et du contenu de l'évaluation - si elle s'avère possible - contribue à diminuer ces tensions. Par ailleurs, le travail est décrit par tous les intervenants comme difficile et astreignant : on ne peut exclure à la longue une fatigue voire des syndromes d'épuisement professionnel parmi les membres de l'équipe.

Les entretiens avec les thérapeutes font en outre apparaître plusieurs aspects de leur travail et du fonctionnement de l'UCA qui posent problème :

- cela a déjà été brièvement mentionné, la très large majorité des thérapeutes interrogés regrette l'ambiance trop maternante et pas assez contraignante de l'Unité : même s'il s'agit de favoriser une certaine régression et un climat propice à un accrochage thérapeutique, un tel climat obère les possibilités de réadaptation à la vie habituelle ;
- la durée maximale du séjour est remise en question par certains thérapeutes : il faudrait pouvoir de cas en cas prolonger le travail en hôpital psychiatrique avant d'envisager un suivi ambulatoire ;
- si l'un des objectifs avoués de l'admission à l'UCA est de favoriser une prise en charge thérapeutique de bonne qualité à moyen ou long terme, plusieurs thérapeutes soulignent les difficultés pratiques auxquels ils se sont heurtés dès lors qu'il s'agissait d'identifier des collègues aptes à poursuivre ce travail ambulatoirement : si le nombre de jeunes admis à l'UCA devait augmenter à l'avenir, on pourrait être confronté là à un véritable casse-tête ;
- pour terminer, plusieurs entretiens font apparaître un problème lié aux critères d'admission des jeunes à l'UCA : d'une part, le fait qu'un nombre non négligeable d'entre eux aient dû être exclus à un moment ou un autre de l'unité laisse apparaître que ces jeunes auraient peut-être tiré profit d'une autre forme de prise en charge, par exemple d'un séjour en hôpital psychiatrique, à moyen voire long terme. D'autre part, on ne peut que s'inquiéter du taux élevé de jeunes qui refusent l'admission. Enfin, cela a déjà été dit, les thérapeutes sont surpris du nombre élevé d'admission "préventive" (pour idéation suicidaire) qui ont été effectuées : s'agirait-il à l'avenir d'élargir les motifs d'admission à d'autres formes de crise (ce qui irait dans le sens de la dénomination de l'unité), tout en étant relativement vigilant quant aux contre-indications liées à la psycho-pathologie sous-jacente (toxicomanie, psychose aiguë, violence non contrôlée).

Les infirmières et infirmiers, eux, identifient divers problèmes relevant de leur cahier des charges, de la structuration de la vie à l'unité et de leur supervision :

- tout d'abord, il apparaît que les infirmiers se sentent souvent obligés d'endosser des rôles multiples, peut-être par moment contradictoires : responsables du maintien du cadre, ils doivent en même temps imposer une image d'écoute attentive, de disponibilité requérant toute leur vigilance. Ils doivent aussi prévenir tout dérapage, acte de violence, tentative de suicide. Ils doivent enfin assurer le bon déroulement des activités non strictement thérapeutiques. Certains infirmiers évoquent des moments difficiles durant lesquels des phénomènes de groupe échappaient à leur contrôle ;
- les infirmiers, contrairement aux thérapeutes, sont considérés comme "interchangeables", leur activité se modifiant au gré des horaires, des admissions. Plusieurs d'entre eux souhaiteraient, à l'instar des thérapeutes, pouvoir établir une relation de continuité avec certains jeunes auprès desquels ils seraient identifiés comme infirmiers *référents* ;
- rejoignant en cela les remarques de certains jeunes, plusieurs infirmiers admettent et regrettent que le travail mené avec les familles des jeunes suicidants soit loin d'être suffisant. Ce travail était notamment dévolu au départ à une travailleuse sociale, qui s'est sentie mal soutenue et mal intégrée à l'UCA et a donné sa démission. Une autre travailleuse sociale a été engagée, mais son activité n'a pas pu être évaluée dans le cadre de ce rapport. Il est permis de se demander d'ailleurs si c'est

véritablement le rôle d'un travailleur social que de gérer des situations de famille parfois fort complexes ;

- tout comme les adolescents, les infirmiers relèvent que les repas sont souvent difficiles et surtout que la gestion des soirées et des nuits est particulièrement ingrate voire risquée, dans la mesure où ils se retrouvent seuls à devoir travailler sur deux étages à la fois. Pour certains d'entre eux, cette dispersion des rôles et cette dispersion géographique est préjudiciable à la qualité du travail qu'ils peuvent fournir ;
- La supervision du travail est assurée à la fois par les thérapeutes des jeunes et par une personne "neutre" appartenant aux cadres infirmiers de Belle-Idée. Dans l'ensemble, les infirmiers se montrent très satisfaits de la supervision donnée par les thérapeutes : ils regrettent toutefois le caractère trop théorique des interventions de leur collègue de Belle-Idée et souhaiteraient un travail plus interactif (de style "Balint" par exemple).

1.3.5 Le devenir des jeunes à trois mois

On l'a vu, il est fort difficile de tirer des conclusions définitives quant à l'impact de l'hospitalisation sur le devenir des jeunes suicidants, étant donné les divers biais qui se sont introduits dans la constitution de l'échantillon interrogé et notamment le fait que l'on peut supputer que ce sont précisément les jeunes qui n'ont pas pu être atteints après trois mois qui présentent le plus de risque de ne pas avoir suivi les conseils et les propositions thérapeutiques qui leur avaient été faites à l'issue de leur séjour à l'UCA. La petitesse de cet échantillon final (21 jeunes) explique notamment que les données émanant du MINI, dont les résultats sont donnés dans le chapitre 3, s'avèrent difficiles à interpréter.

Néanmoins, on relèvera un certain nombre de tendances dans l'ensemble encourageantes :

- tout d'abord, il faut relever le pourcentage de 67% de jeunes qui sont toujours en thérapie 3 à 4 mois après leur séjour hospitalier. Ce taux n'a pas pu être comparé à d'autres études similaires mais paraît a priori plus élevé qu'en l'absence d'admission à l'UCA (retenons cependant qu'il a été calculé sur le collectif des 21 adolescents évalués aux deux temps de l'étude) ;
- le risque suicidaire, évalué à partir du MINI, est considéré comme élevé chez 87% des jeunes lors de leur hospitalisation, alors que ce pourcentage n'est que de 48% après 3-4 mois. Par ailleurs, la présence récente d'un épisode dépressif majeur a passé de 94% à 52% et le pourcentage de sujets faisant état d'anxiété a sensiblement diminué, passant de 91% à 71% ;
- il existe une tendance à une meilleure confiance en l'avenir, si l'on en juge par le cumul des réponses à diverses questions touchant à la perception que les jeunes ont de leur capacité à poursuivre une formation, ou à mener une vie affective et sentimentale enrichissante ;
- la perception de l'image corporelle semble elle aussi s'être améliorée ;
- enfin, on constate une tendance à une diminution de la consommation d'alcool.

1.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Un premier constat s'impose, c'est celui du succès d'une Unité qui, dès sa création, se trouve investie par de nombreux adolescents, le taux d'occupation moyen s'élevant à près de 70% en moyenne. Une partie non négligeable de ces patients sont adressés directement par des thérapeutes et des professionnels de la santé sans qu'ils aient été jusqu'à un geste suicidaire menant à l'hospitalisation, ce qui montre l'effet préventif qu'a eu la création de l'UCA et de son corollaire l'Unité de prévention. Dans l'ensemble, les adolescents hospitalisés se montrent très satisfaits de leur séjour qui a, dans un nombre non négligeable de cas, débouché sur une prise en charge thérapeutique qui se maintient après 3 mois. Ces résultats sont certainement liés au niveau élevé de compétences de l'ensemble des soignants

travaillant à l'UCA. Cette Unité démontre ainsi clairement son utilité : il importe cependant de garder à l'esprit que cette évaluation n'a pas permis de mesurer les effets plus lointains de l'hospitalisation; ceux-ci pourront être recensés à condition de suivre les adolescents sur une période de 2 ans au moins, et sur un effectif plus large.

L'évaluation fait apparaître un certain nombre de problèmes - inévitables en période de "rodage" - qui méritent d'être pris en compte à l'avenir. Les recommandations qui suivent constituent en fait une suite logique aux commentaires qui ont été faits sous chiffre 1.3. : ils porteront sur quatre thèmes que sont le recrutement et les critères de sélection des patients, le fonctionnement de l'Unité, la gestion des ressources humaines et enfin la recherche

1.4.1 Modalités et critères et d'admission

- on l'a vu, un nombre non négligeable de jeunes admis au DUMC pour tentative de suicide, dont une proportion importante de garçons, refusent l'hospitalisation : on peut faire l'hypothèse qu'il y a parmi eux, un nombre non négligeable d'adolescents qui, soit parce qu'ils tendent à nier la gravité de leur geste ou qu'ils ne sont pas en état d'accepter de l'aide, présentent des risques importants de récurrence dans la mesure où ils se retrouvent confrontés aux mêmes difficultés psychologiques et environnementales une fois la période de soins d'urgence passée. Il importera à l'avenir de mieux saisir les raisons qui motivent ces refus et de tenter de les contourner ;
- par ailleurs, une proportion importante des jeunes admis le sont pour idéation suicidaire et non pour tentative de suicide. Si l'on peut se réjouir de ce phénomène, encore faut-il admettre qu'à terme, il risque d'entraîner une surcharge de l'équipe ou d'obliger les responsables à refuser des candidats. Il serait donc souhaitable à l'avenir de préciser le profil psychologique des jeunes qui sont le plus susceptibles de bénéficier de ce type de prise en charge. Cette démarche est d'autant plus justifiée que près d'un cinquième des admissions a débouché sur une exclusion de l'UCA et/ou un transfert dans une autre unité. Un processus de sélection plus élaboré permettrait probablement de réduire ce pourcentage ;
- on pourrait aussi imaginer - certains thérapeutes en ont émis le souhait - d'élargir les indications de l'admission à d'autres types de crise : un tel élargissement permettrait peut-être d'alléger le climat pesant d'une unité qui n'accueille que des adolescents déprimés (rappelons à ce propos que 22% d'entre eux ont un geste suicidaire durant leur séjour!). Cela modifierait évidemment la vocation première de l'UCA.

1.4.2 Fonctionnement de l'unité

- le principal reproche que l'on peut faire à l'UCA est de proposer un climat trop idéal et maternel, climat qui pourrait dans certains cas compromettre une réinsertion adéquate à la sortie voire pousser certains adolescents à répéter leur menace ou leur geste pour retrouver l'ambiance accueillante de l'UCA ;
- en dehors des sessions thérapeutiques, les activités semblent encore insuffisamment nombreuses et organisées; il existe des moments creux que les soignants et les adolescents décrivent comme souvent difficiles voire angoissants :
 - les repas pourraient être pris en petits groupes et non à une grande table commune,
 - les soirées et les nuits devraient être mieux gérées au niveau de l'animation : on pourrait envisager pour la soirée des activités de détente, de relaxation,
 - en journée, la palette des activités pourraient être élargie; ces activités devraient cependant garder, afin de conserver à l'UCA sa vocation proprement psychiatrique, leur caractère thérapeutique et ne pas se centrer sur un simple remplissage. On peut penser à des activités comme l'utilisation du photolangage ou d'autres activités artistiques centrées sur la personnes, le corps et les affects.

- l'impression d'isolement des soignants en soirée est accentuée par la dispersion géographique des patients sur deux étages. Il importera à l'avenir de renforcer la présence du personnel dans ces moments creux, surtout si l'on imagine de proposer des activités supplémentaires ;
- les sessions de thérapie de groupe sont souvent mal vécues par les patients; même si des réactions négatives sont inévitables et même si ce genre de situation engendre forcément des angoisses chez certains adolescents, l'introduction de techniques d'animation spécifiques (jeu de rôle, psychodrame) permettrait probablement d'améliorer le rendement de ces réunions ;
- le travail avec les familles paraît actuellement insuffisant, probablement faute de personnel et peut-être de compétences spécifiques; il devrait être amélioré étant donné le rôle joué par le cadre familial à cette période de la vie : certains abandons de la thérapie semblent, selon les entretiens de bilan avec des adolescents, liés à un investissement insuffisant de la famille dans le cadre du traitement ;
- une manière de répondre à ces différents problèmes serait d'élargir la palette des intervenants : s'il importe de garder à l'unité son caractère de service hospitalier, peut-être que l'inclusion dans l'équipe d'un assistant social rompu au travail avec les adolescents, d'un enseignant spécialisé, d'un ou deux animateurs faciliterait le déroulement des journées et le travail de l'équipe thérapeutique.

1.4.3 Gestion des ressources humaines

- le principal danger dans ce domaine est celui de l'épuisement professionnel. Ce risque n'est nullement spécifique à l'UCA mais a été souligné par beaucoup de soignants et doit être pris au sérieux : le terme de surcharge est revenu régulièrement dans la presque totalité des interviews menées avec les infirmiers et les thérapeutes. On peut craindre qu'avec l'accumulation des périodes de stress, même un personnel au niveau de compétences élevé s'essouffle à la longue ;
- la supervision du personnel soignant est de bonne qualité et est appréciée; elle semble cependant encore insuffisamment centrée sur les problèmes concrets rencontrés avec les adolescents et pourrait être rendue plus concrètes par des techniques de type "Balint". Dans cette perspective, la demande de plusieurs soignants que soit attribué à chaque adolescent un infirmier référent devra être étudiée ;
- enfin, les thérapeutes soulignent la difficulté d'identifier des professionnels aptes à prendre en charge les adolescents au moment de leur sortie.. Peut-être pourrait-on imaginer de tenir une sorte de livre de bord des places de thérapie disponibles et d'en augmenter le nombre à l'aide d'une sensibilisation accrue. Ce thème lui aussi devra faire l'objet de la part des responsables d'une démarche active auprès des praticiens installés. Il s'agit là ni plus ni moins de l'instauration d'une véritable cohérence, d'une cohésion des structures de prises en charge hospitalière et ambulatoire de l'adolescent atteint du point de vue psychiatrique.

1.4.4 La recherche

Tant cette synthèse que l'ensemble du rapport font apparaître les limites importantes de ce premier recueil de données et de cette évaluation. Il faudrait pouvoir à l'avenir mettre sur pied un suivi des adolescents suicidants qui obéisse à un certain nombre de critères :

- l'inclusion dans le suivi des adolescents acceptant et n'acceptant pas l'admission à l'UCA, de façon à en mesurer mieux les effets. Cette comparaison pourrait être renforcée par l'inclusion de sujets admis dans d'autres institutions que le DUMC, notamment ailleurs en Suisse Romande dans la région lausannoise par exemple ;
- le suivi devrait sans doute être allégé ou impliquer des chercheurs engagés spécifiquement pour cette tâche : on obtiendrait ainsi des données de meilleure qualité, on diminuerait sans doute le nombre de jeunes qui ne peuvent pas être retrouvés lors du suivi et enfin, on éviterait les tensions qui se sont manifestées entre certains thérapeutes chargés de la gestion du dossier médical - jugé par beaucoup comme trop lourd - et les responsables de l'unité de prévention ;

- enfin, le suivi devrait impliquer un plus gros effectif - et se poursuivre donc dans les mois qui viennent - et être prolongé sur une durée de deux ans au minimum, afin de mesurer à plus long terme les effets de telle ou telle prise en charge.

2 INTRODUCTION ET METHODES

2.1 LE PROJET CHILDREN ACTION

Avant l'ouverture de l'unité hospitalière pour jeunes suicidants - rebaptisée Unité de crise pour adolescents - il n'existait pas pour les jeunes suicidants âgés de plus de 15 ans d'autre alternative que l'admission au Centre médico-chirurgical des entrées (CMCE) de l'Hôpital cantonal universitaire, où ils recevaient d'éventuels soins somatiques avant une consultation psychiatrique. Si l'adolescent n'était pas dans un état physique nécessitant une hospitalisation, ou un état mental requérant une entrée non volontaire en clinique psychiatrique (situations toutes deux peu fréquentes), il retournait dans sa famille ou un autre lieu de vie. Dans ces conditions, les chances de le voir s'impliquer à long terme dans une relation thérapeutique restaient faibles.

Or, une étude prospective conduite durant trois années à l'Hôpital universitaire de Genève a montré qu'aucun adolescent suicidant n'était indemne sur le plan psychique (cf. résumé du rapport de recherche en annexes). Les troubles établis de l'humeur, entraînant des modifications significatives de la vie quotidienne, se sont avérés être les plus fréquents, suivis de près par les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues. Ces observations, comparables aux conclusions de plusieurs autres études, mettaient bien en évidence la nécessité d'une approche thérapeutique assidue des difficultés de base dont le geste suicidaire était le révélateur.

Le risque majeur d'une absence de prise en considération thérapeutique est la récurrence : un adolescent qui a fait une première tentative de suicide est exposé à un risque de répéter son geste vingt fois supérieur à celui d'un adolescent qui n'a jamais tenté de se tuer. Il ne s'agit donc pas d'une crise passagère. Un geste suicidaire correspond bien à un acte impulsif, dans une situation de crise, mais celle-ci s'inscrit dans un processus, une trajectoire qui précède, et dans la plupart des cas, suit la crise. Avoir déjà tenté de se suicider et souffrir d'un trouble psychique avéré constituent les facteurs prédictifs les plus fiables d'un suicide fatal.

L'autre risque lié à une absence de prise en charge thérapeutique est la marginalisation. L'étude prospective sus-mentionnée a également montré qu'à partir de 18 ans, une forte proportion des jeunes qui ne suivent pas les recommandations thérapeutiques faites au CMCE décrochent sur le plan social, scolaire et/ou professionnel, et entrent dans une marginalité où leurs difficultés les maintiennent à haut risque sur le plan vital ou existentiel, tandis que les chances de les voir accéder à une aide efficace tendent à se réduire d'autant.

De ces constats découle la justification de la mise en place d'une structure destinée aux adolescents suicidants et visant de manière cohérente à accroître les chances d'un engagement à moyen ou long terme de ces adolescents dans un processus thérapeutique. Donner à cette structure l'organisation d'une unité hospitalière avait pour principal objectif de lutter contre la banalisation de l'acte suicidaire. L'hospitalisation des jeunes suicidants dans une unité de transition entre service d'urgence et milieu extra-hospitalier, sorte d'interface entre la somatique et le psychologique, devait permettre :

- la prise en considération du désir de rupture implicite dans nombre de passages à l'acte suicidaires ;
- un réaménagement des ressources personnelles ;
- une mobilisation de l'entourage ;
- un affinement de l'évaluation psychiatrique et psychosociale initiale effectuée en urgence, afin de déboucher sur une indication de traitement à moyen ou long terme mieux adaptée à chaque situation personnelle ;

- un travail sur la crise suicidaire qui donne un sens à un projet d'aide à plus long terme, quelles qu'en soient les modalités.

2.2 LA MISE EN OEUVRE DU PROJET

S'appuyant sur ces diverses constatations et hypothèses, ainsi que sur un certain nombre de résultats positifs obtenus à Bordeaux dans le cadre du Centre Abadie dirigé par Xavier Pommereau, l'unité de crise pour adolescents a ouvert ses portes à Genève en octobre 1996. Structure médico-infirmière de 8 lits, cette unité est attachée fonctionnellement au département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Le projet prévoyait que seraient accueillis à l'unité des patients âgés de 15 à 21 ans environ, hospitalisés au CMCE pour une tentative de suicide, domiciliés à Genève ou dans la "regio genevensis", après évaluation initiale en urgence par les membres de l'équipe soignante de l'unité³.

Le rôle de cette unité devait être de fournir aux adolescents accueillis dans un premier temps à la division des urgences médico-chirurgicales (DUMC), un cadre de référence contenant et médiateur à partir duquel un travail d'élaboration et de restauration des capacités psychiques et relationnelles pourrait être mis en place. La durée du séjour des adolescents à l'unité devait être d'une dizaine de jours en moyenne. Les principaux objectifs poursuivis étaient à court et moyen terme, l'amélioration de la prise en charge psychothérapeutique des jeunes suicidants, à moyen et long terme, la diminution du taux des récidives et/ou des suicides accomplis. Ces objectifs devaient être atteints au moyen d'entretiens individuels réguliers entre les adolescents et un psychiatre ou un psychologue, d'entretiens avec les autres membres de l'équipe soignante, de groupes thérapeutiques animés par des soignants, de la prescription éventuelle de médicaments, si l'état clinique des adolescents l'exigeait. A ces modalités devaient venir s'ajouter diverses activités parathérapeutiques, collectives ou individuelles, à vocation éducative ou récréative. Dans la mesure où l'unité ne devait pas être un simple lieu d'hébergement, les patients devaient être tenus de participer aux activités thérapeutiques. Le séjour des adolescents à l'unité devait également être mis à profit pour restaurer la fonction de l'entourage.

Compte tenu de l'investissement relationnel très important qui devait être exigé de la part des soignants confrontés à de jeunes suicidants, des réunions d'équipe régulières et des supervisions devaient être mises en place de façon à fournir aux soignants les supports indispensables à la réalisation du programme de soins.

Le Professeur François Ladame, responsable des Unités de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte des Hôpitaux universitaires de Genève, s'est adressé au groupe de recherche sur la santé des adolescents de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne pour effectuer l'évaluation du volet clinique de l'unité de crise pour adolescents de Genève. Ce sont la mise en œuvre et les résultats de cette évaluation qui font l'objet du présent rapport.

2.3 EVALUATION DE L'UNITE HOSPITALIERE : OBJECTIFS ET METHODE

2.3.1 Contexte et objectifs

Toute évaluation de programme peut porter sur deux aspects complémentaires : une évaluation des processus mis en jeu, basée notamment sur une description des activités en terme quantitatif et qualitatif et/ou du fonctionnement du programme; une évaluation des résultats, notamment en terme d'atteinte des objectifs du programme, que ceux-ci soient intermédiaires ou finaux.

³ Ce projet est décrit en détail dans un rapport de F. Ladame et A. Laubscher à B. Gruson, directeur général, Belle-Idée.

La présente évaluation a porté simultanément sur des processus et des résultats intermédiaires. Ont ainsi été enregistrés :

- les opinions des intervenants (infirmiers et thérapeutes de l'unité) sur le fonctionnement de l'unité ;
- les opinions des jeunes patients sur le fonctionnement de l'unité ;
- le vécu par ces patients de leur séjour à l'unité, et les suites de ce séjour ;
- le taux de prise en charge thérapeutique à moyen terme ;
- l'état psychologique et l'état de santé des patients à moyen terme, par comparaison avec leur état à l'admission en milieu hospitalier.

Les objectifs de l'évaluation étaient donc d'apprécier le fonctionnement de l'unité (processus) et l'impact des soins sur le devenir des adolescents admis (résultats) en terme de qualité de prise en charge et plus globalement de santé mentale et d'insertion relationnelle et socioprofessionnelle.

Afin de déterminer dans quelle mesure l'admission dans l'unité spécialisée représentait un avantage par rapport aux conditions qui prévalaient jusqu'en octobre 1996 (admission et bref bilan à la DUMC), il était prévu de comparer la cohorte des adolescents admis dans cette nouvelle unité avec une cohorte d'adolescents admis dans des conditions "standard" au centre des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne, sur une base prospective. Cette étude comparative n'a pu être réalisée, un nombre trop limité de dossiers complets (5 au total) ayant été rassemblé par l'équipe de la Division autonome de médecine psychosociale du CHUV. Pour cette raison également, l'évaluation de la tenue des dossiers, basée sur une comparaison des informations relevées sur les deux sites, n'a pas été effectuée (des données sur ce point ont été cependant recueillies auprès des intervenants genevois).

2.3.2 Population cible

Initialement, seuls les jeunes admis pour tentative de suicide au centre d'urgence de l'hôpital de Genève (DUMC) devaient être inclus à l'étude, les hospitalisations à visée préventive sans passage aux urgences étant exclues. L'échantillon des adolescents admis à l'unité au cours de ses cinq premiers mois de fonctionnement s'avérant être en grande partie composé de jeunes présentant des idéations suicidaires, il a été décidé d'intégrer à l'étude les deux types d'adolescents.

Toujours dans le but d'assurer la participation d'un nombre suffisant de sujets, la tranche d'âge des adolescents concernés par l'étude a été étendue à 22 ans révolus. De même, aucune limite n'a été fixée en ce qui concerne le lieu de domicile des adolescents inclus à l'étude, qui devait initialement être limité à la région genevoise. Des jeunes domiciliés dans un autre canton, voire en France voisine, ont ainsi été intégrés à l'échantillon de l'étude. Tous les jeunes satisfaisant à ces critères d'inclusion ont été enrôlés dans l'étude de façon prospective.

L'inclusion dans l'étude était d'autre part subordonnée à deux accords :

- un consentement donné par le jeune lui-même sur sa participation à la recherche : tous les adolescents ont signé au préalable une lettre d'accord (présentée en annexe), après avoir reçu toutes les informations relatives au déroulement de l'enquête et à leur degré d'implication dans le recueil des données ;
- le cas échéant, un consentement donné par le thérapeute actuel du jeune ;

Davantage de détails sur ces questions relatives au consentement sont donnés dans le chapitre abordant les problèmes éthiques soulevés par la démarche évaluative ;

Sur un plan chronologique, la collecte des données s'est déroulée comme suit : les premiers bilans de la situation des jeunes ont été réalisés du 1er novembre 1996 au 31 mars 1997 par l'équipe genevoise; les seconds bilans, réalisés par l'équipe lausannoise, ont débuté le 1er février 1997 et se sont déroulés jusqu'au 30 juin 1997.

Le protocole d'évaluation prévoyait une réalisation des seconds bilans 3 mois après l'admission des adolescents à l'unité. Pour la moitié des jeunes rencontrés, ce délai a pu atteindre 5 ou 6 mois, soit parce que le thérapeute du jeune s'était opposé à l'entretien, soit pour des difficultés liées à la transmission au chercheur de dossiers complets (difficultés inhérentes à un dysfonctionnement relationnel entre les équipes clinique et de recherche de l'unité genevoise). Pour ces dernières raisons, le recueil des données du second bilan a parfois été réalisé en aveugle, le chercheur ne disposant pas des informations recueillies lors du premier bilan. Ces inégalités dans le déroulement du processus d'évaluation ont entraîné une certaine hétérogénéité dans la nature des données recueillies.

Au cours des cinq mois consacrés à la réalisation des bilans initiaux, près de 40 jeunes ont effectué un séjour à l'unité. Au final, compte tenu des critères d'inclusion, 32 jeunes ont pu être inclus à l'échantillon de l'étude. Parmi ces 32 jeunes, 11 n'ont jamais pu être rejoints pour le second bilan, et ce pour diverses raisons :

- absence à un minimum de deux rendez-vous fixés en accord avec lui (4 cas)
- placés dans une institution (incarcéré en Valais ou refus des parents de communiquer les coordonnées de l'institution) (2 cas)
- inatteignable du fait de ses horaires de travail (1 cas)
- perdu de vue (adresse erronée et aucun contact proche) (2 cas)
- refus du thérapeute (2 cas).

2.3.3 Evaluation des processus

Cette évaluation a porté sur le fonctionnement de l'unité tel que perçu à la fois par les intervenants et les adolescents.

Afin d'effectuer le volet de cette évaluation, le chercheur a rencontré en entretien individuel chacun des membres de l'équipe : les 10 intervenants de l'équipe infirmière, les 4 thérapeutes (3 médecins, une psychologue), l'assistante sociale, la psychologue en charge de la recherche et de la prévention dans le cadre de l'unité, le médecin responsable, également commanditaire de l'évaluation, soit un total de 17 entretiens.

Le guide d'entretien semi-directif élaboré à cet effet impliquait l'exploration des thèmes suivants :

- la formation et l'expérience professionnelle
- la nature du travail
- le degré de satisfaction dans le travail
- le degré de stress perçu dans le travail
- les principales difficultés rencontrées avec les adolescents
- le rôle des entretiens d'équipe et l'utilité perçue de ce soutien
- le rôle des activités de supervision
- le jugement porté globalement sur le fonctionnement de l'unité
- les propositions de changement dans ce fonctionnement

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription écrite simplifiée (sans enregistrement) puis d'une analyse qualitative.

Les adolescents ont été rencontrés dans le cadre d'un entretien individuel semi-directif. Les entretiens du second bilan se sont déroulés dans des lieux choisis par les jeunes eux-mêmes, parfois dans un lieu public (café, cafétéria, etc.), mais aussi à leur domicile ou à l'unité de recherche (un jeune a été interrogé par téléphone lors du recueil des données du second bilan). Leurs perceptions du fonctionnement de

l'unité et leur souvenir du vécu hospitalier tels qu'ils pouvaient les rapporter, de 3 à 6 mois après la fin de leur séjour, ont été étudiés dans les domaines suivants :

1. les sentiments associés à ce séjour
2. la qualité de l'accueil, de l'aide médicale et psychiatrique
3. les relations du personnel avec leur entourage
4. les points positifs, les points négatifs, éventuellement les améliorations à apporter.

Tout comme pour les intervenants, les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription écrite simplifiée sans enregistrement, puis d'une analyse qualitative.

2.3.4 Evaluation des résultats

Lors de l'entretien entre le jeune suicidant et le chargé de recherche, ont été consignés de façon systématique :

1. les recommandations thérapeutiques qui ont été proposées à l'issue du séjour hospitalier ;
2. les mesures psychothérapeutiques (type de thérapeute, rythme des séances, etc.) ;
3. les autres mesures envisagées (autres professionnels impliqués, placements, stages, démarches diverses, etc.) ;
4. le respect ou non des recommandations psychothérapeutiques (fréquence des entretiens thérapeutiques) et les raisons d'un éventuel non-respect de ces recommandations ;
5. le degré de satisfaction par rapport à ce traitement ;
6. l'aboutissement des démarches planifiées lors de l'hospitalisation.

Une mesure de cette évolution a été effectuée au moyen des comparaisons standardisées du status psychiatrique et du status psychosocial de l'adolescent entre le temps T0 et le temps T1 (de 3 à 6 mois plus tard). La première mesure du status psychiatrique et du status psychosocial a été effectuée au temps T0 par le psychiatre intervenant au service des urgences à Genève. La mesure du status psychiatrique et du status psychosocial au temps T1 a été effectuée par le chargé de recherche de l'équipe lausannoise.

L'évaluation du status psychiatrique a été réalisée aux temps T0 et T1 à l'aide du MINI : "Mini International Neuropsychiatric Interview", présenté en annexes. Cet instrument est un questionnaire structuré abrégé adapté du CIDI ("Composite International Diagnostic Interview") qui permet d'évaluer le status psychiatrique par l'exploration des différentes dimensions incluses dans le DSM-IV. Il a fait l'objet d'une adaptation et d'une validation en langue française par l'équipe de Lecubrier à Paris (documents en annexe).

Ce questionnaire, administré par l'enquêteur, a une durée de passation qui varie en fonction du nombre de dimensions dans lesquelles l'interviewé présente des problèmes. Le MINI a été validé dans une population de patients d'âges différents et souffrant de pathologies psychiatriques : alors que son utilisation serait probablement problématique dans un collectif d'adolescents sans psychopathologie particulière, il s'est avéré parfaitement adapté à un groupe de jeunes dont la moyenne d'âge se situe à 18 ans et qui présentent des troubles psychiatriques à des degrés divers.

Le fonctionnement psychosocial des adolescents a été évalué par le chargé de recherche d'une façon standardisée, au moyen d'une série de questions utilisées dans une recherche du FNRS 32-32198.91 sur le devenir des adolescents suicidants (questionnaire, également administré par l'enquêteur, en annexes). Ces questions explorent la vie familiale, sociale et professionnelle, le réseau social, les loisirs, la perception de soi-même, la santé générale (plaintes psychosomatiques), les problèmes de santé spécifiques et les consultations médicales, la présence de comportements auto-dommageables

(accidents, blessures, prises de risque, tentatives de suicide), de comportements hétéro-agressifs ou enfin de comportements délinquants.

L'entretien et la passation des deux questionnaires ont duré de 1 heure 30 à 2 heures 30 selon les cas.

2.3.5 Aspects éthiques

La majorité des aspects éthiques de cette recherche avaient déjà fait l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre du projet genevois FNRS 32-32198.91, qui été soumis à deux commissions d'éthique genevoise. Le protocole d'évaluation de l'unité hospitalière a cependant été soumis à la commission d'éthique psychiatrique de la Faculté de médecine de Lausanne. Cette commission a émis un avis favorable subordonné au respect d'une règle bien précise : avant de prendre contact avec l'un des adolescents ayant fait un séjour à l'unité de Genève, le chercheur était tenu de consulter son thérapeute actuel (s'il en avait un) afin de s'assurer que l'adolescent était psychologiquement en état de supporter sans dommage l'entretien de l'enquête. Cette règle a été respectée à la lettre, au prix de retards ayant entraîné dans 5 cas une impossibilité finale à rencontrer l'adolescent concerné.

Les principales règles qui ont guidé les chercheurs dans leur travail peuvent être résumées comme suit :

- la relance du sujet 3 mois après une hospitalisation revêt à première vue un caractère intrusif; cependant, on sait que la tentative de suicide fait souvent l'objet d'un déni quelques semaines après le geste, déni qui peut amener l'intéressé et son entourage à abandonner ou contrecarrer les approches thérapeutiques proposées. Dans cette perspective, on peut imaginer que l'intervention du chercheur, médiateur neutre n'ayant pas été mêlé à la prise en charge, pourrait constituer dans certains cas une relance bénéfique et représenter en soi un apport thérapeutique. Cet avantage surpasse probablement nettement les risques qu'implique une telle intervention ;
- comme dans toute étude clinique similaire, l'inclusion dans l'étude est subordonnée à un accord écrit après information, selon le modèle utilisé dans la recherche FNRS 32-32198.91. L'accord stipule que l'adolescent accepte de donner ses coordonnées et d'être réinterrogé environ trois mois après son séjour hospitalier et précise brièvement les objectifs et les modalités de la recherche ainsi que les modalités de l'entretien. Les parents sont informés mais ne sont pas tenus de parapher l'accord ;
- l'enregistrement confidentiel des données est garanti : le fichier d'adresses est conservé à l'IUMSP et ne peut être communiqué à des tiers. Le contenu de l'entretien n'est pas divulgué à des tiers, à moins d'une menace suicidaire présentant un danger immédiat. Les résultats sont présentés de façon anonyme dans toutes les publications ;
- chaque adolescent est libre de ne pas répondre aux questions qui lui posent problème ;
- s'ils en expriment la demande, les participants peuvent avoir accès, un an plus tard, à un bref résumé des résultats saillants de la recherche.

2.4 PRESENTATION DE L'UNITE

L'unité de crise pour adolescents de Genève occupe les deux derniers étages d'un immeuble de logements situé en face de l'hôpital cantonal, donc relativement éloigné du centre ville et de la gare. On verra dans l'analyse du discours des adolescents que cette situation élevée a son importance, puisqu'elle nécessite la mise en place de barreaux à toutes les fenêtres et interdit l'accès aux balcons.

L'unité est donc répartie sur deux étages bien distincts, ce qui signifie qu'un infirmier qui se trouve à l'un de ces deux étages n'a aucun moyen de savoir ce qui se passe à l'autre étage. On verra dans l'analyse du discours des infirmiers que cette organisation de l'espace revêt une importance particulière la nuit, lorsque le soignant est seul à l'unité. On accède à l'étage supérieur par un escalier interne à l'unité.

Les 8 chambres pour les adolescents sont réparties sur les deux étages. Ces chambres sont de tailles diverses mais toujours accueillantes et joliment meublées. Les adolescents ont d'ailleurs la possibilité de personnaliser leur chambre, par exemple en accrochant des posters aux murs. Chaque chambre comporte, outre un lit et quelques meubles de rangement, un bureau et une chaise.

Les pièces communes contribuent à créer l'atmosphère d'une maison familiale : plusieurs salles d'eau réparties sur les deux étages; une buanderie dont l'équipement est accessible aux adolescents; une cuisine également toute équipée : les repas chauds sont livrés quotidiennement mais les adolescents ont également la possibilité de s'alimenter en dehors des repas ou de cuisiner eux-mêmes; une salle à manger presque toute entière occupée par une grande table rectangulaire, où prend place également l'atelier de peinture; un séjour confortable avec canapés et fauteuils orientés en cercle, poste de télévision et magnétoscope, chaîne hifi; un poste de radio mobile, des cassettes vidéo et audio, sont également mis à la disposition des adolescents, qui peuvent aussi apporter la musique qu'ils aiment; plusieurs petites pièces avec des jeux type baby-foot, et un ordinateur à la disposition des adolescents. La salle de séjour a fait l'objet d'un effort particulier en matière d'ameublement et de décoration, lui donnant un aspect extrêmement chaleureux et agréable. Se trouvent également à l'étage inférieur un petit bureau pour les infirmiers, le bureau de l'infirmière-chef, et une pièce pour les entretiens, munie d'un camescope et d'un autre poste de télévision. L'unité est dotée d'un règlement intérieur proscrivant notamment toute consommation d'alcool et de drogue et tout geste auto ou hétéro-agressif.

Les chapitres suivants apportent les résultats de l'évaluation successivement en termes quantitatifs et qualitatifs :

- l'échantillon et son évolution
- le vécu des thérapeutes et des soignants
- le vécu des adolescents par rapport au séjour et par rapport aux mois qui ont suivi.

3 L'ECHANTILLON ET SON EVOLUTION

La majeure partie des résultats exposés dans ce chapitre ont été obtenus au moyen de questionnaires présentés par les enquêteurs aux adolescents. Le questionnaire de situation personnelle et sociale (SPS) a permis de recueillir des données sur la situation sociodémographique personnelle et familiale des sujets, leurs activités lors de leurs temps libres, les événements récents personnels et familiaux les concernant, leur autoperception et leurs projets, leurs comportements à problème, leur santé, et leur comportement suicidaire. Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) a permis d'évaluer le statut des sujets sur le plan de plusieurs dimensions du DSM IV. Les données recueillies au moyen des questionnaires ont été saisies dans des grilles Excel puis analysées après transfert sur logiciel SPSS.

Compte tenu du nombre réduit de sujets, seuls des calculs de fréquence ont été réalisés, aboutissant à une description de l'échantillon et de son évolution après 3 à 6 mois. Il convient également de mentionner que la présentation des instruments par deux enquêteurs différents, alliée à la faible standardisation de la formulation de certains items du questionnaire SPS, ont pu entraîner des biais préjudiciables à la comparabilité des données recueillies aux temps T0 et T1.

Un certain nombre de données chiffrées ont été rassemblées de manière informelle auprès de différents responsables. Ces données sont présentées dans le texte et non dans les tableaux.

3.1 COMPOSITION DE L'ECHANTILLON

Qui sont les adolescents qui ont accepté à la fois d'entrer à l'unité et de participer à la recherche ? Peu de données qualitatives nous permettent de répondre à cette question pourtant fondamentale. Le relevé informel des informations concernant les jeunes qui n'ont pas été admis à l'unité et/ou qui ont refusé de participer à l'étude permet cependant de constater les points suivants :

- Durant ses six premiers mois d'existence, 41 jeunes ont été admis dans l'UCA, dont 32 ont accepté de participer à l'évaluation. La proportion de jeunes qui ont accepté d'entrer à l'unité mais qui ont refusé de participer à la recherche est variable selon les mois (4 en novembre 1996, 2 en décembre 1996, 1 en janvier 1997, aucun en février et mars 1997, 2 en avril 1997, soit 9 en tout). En fait, seule une minorité d'adolescents ayant accepté le principe d'un séjour à l'unité se sont opposés à une participation à l'étude; en outre, leur nombre paraît diminuer avec le temps, signalant sans doute une familiarisation accrue des enquêteurs avec les instruments ;
- la proportion de jeunes qui ont *refusé l'admission à l'unité* est en revanche très importante sur la période concernée par l'étude, puisque 35 adolescents sont dans ce cas, soit un effectif supérieur à celui de l'échantillon final de la recherche. La répartition mensuelle des non admissions est la suivante : 7 en novembre 1996, 1 en décembre 1996, 4 en janvier 1997, 3 en février 1997, 7 en mars 1997, et 13 en avril 1997. Ces adolescents, qui sont majoritairement des garçons, ont fait l'objet d'une évaluation mais ne sont pas entrés à l'unité, soit suite à un refus de leur part, soit (exceptionnellement) après émission d'un avis défavorable par les soignants ;
- Enfin, sur les 32 jeunes admis dans la recherche évaluative, seuls 21 ont pu être recontactés au bilan final.

Ainsi, sur l'ensemble des adolescents suicidants ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique pour cause de tentative de suicide ou d'idéations suicidaires (soit 76 adolescents), un nombre total de 44 jeunes (soit 58%) n'ont pu être inclus à la recherche évaluative dont les résultats sont présentés ici et un nombre supérieurs encore n'ont pas pu être revus 3 mois plus tard (55 sujets). Quelles que soient les raisons de cette non inclusion (dont on peut supposer qu'elle concerne davantage les adolescents les plus mal en point), il est indéniable qu'elle s'oppose à toute généralisation des résultats obtenus auprès

des adolescents effectivement rencontrés, à l'ensemble des adolescents suicidants. Elle souligne aussi la difficulté de mener une évaluation à moyen terme dans un échantillon d'adolescents mal en point psychologiquement. Enfin, elle pose la question du devenir des 46% d'adolescents qui n'ont pas été admis à l'unité, question à laquelle il est impossible de répondre dans l'état actuel des informations à notre disposition.

Pour toutes ces raisons, les données quantitatives exposées ici sont à considérer avec une grande prudence, c'est-à-dire davantage comme des indications à confirmer par des investigations plus poussées dans un échantillon plus représentatif, que comme des valeurs établies.

Ceci étant posé, les **caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon**, telles qu'elles ont pu être recueillies au moyen du questionnaire SPS, sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	Valeurs ou pourcentages (N = 32)
Age moyen	18.03 ans
Sexe	Filles = 81% (26/32) Garçons = 19% (6/32)
Célibataires	100% (29/29)
Vivent	Avec leur père = 54% (15/28) Avec leur mère = 61% (17/28) En foyer = 7% (2/28)
Habitat	Seuls = 14% (4/28) En ville = 41% (11/27) En banlieue = 37% (10/27) A la campagne = 22% (6/27)
Statut familial	Deux parents en vie = 89% (25/28) Mère décédée = 11% (3/28)
Situation des parents	Mariés = 55% (16/29) Séparés = 3% (1/29) Divorcés = 31% (9/29) Veuf(ve) = 10% (3/29)
Profession (actuelle ou dernière) du père	Manœuvre = 3% (1/30) Ouvrier qualifié = 13% (4/30) Employé non qualifié = 6% (2/30) Employé qualifié = 20% (6/30) Artisan, commerçant = 7% (2/30) Cadre moyen, technicien = 3% (1/30) Cadre supérieur, profession libérale = 47% (14/30)

Tableau 1 : suite (caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon)

Caractéristiques	Valeurs ou pourcentages (N = 32)
Profession (actuelle ou dernière) de la mère	Manœuvre = 9% (2/23) Ouvrier qualifié = 22% (5/23) Employé qualifié = 22% (5/23) Artisan, commerçant = 13% (3/23) Assistante sociale, infirmière, éducatrice = 13% (3/23) Enseignante = 9% (2/23) Cadre moyen, technicien = 4% (1/23) Cadre supérieur, profession libérale = 9% (2/23)
Situation du père par rapport au marché du travail	En activité = 70% (21/30) Au chômage = 17% (5/30) En invalidité = 7% (2/30) En maladie = 3% (1/30) A la retraite = 3% (1/30)
Situation de la mère par rapport au marché du travail	En activité = 85% (23/27) Au foyer = 15% (4/27)

L'âge moyen des adolescents rencontrés se situe aux alentours de 18 ans. L'échantillon est composé majoritairement de filles, ce qui s'explique par le fait que la tentative de suicide est plus fréquente dans le sexe féminin. Il faut toutefois relever que la proportion de garçons est plus importante parmi les jeunes qui ont refusé l'admission à l'UCA (30% environ). Tous les adolescents sont des célibataires sans enfant. Une proportion relativement importante d'entre eux (plus de 20%) vivent seuls ou en foyer, soit en dehors d'un cadre familial. De même, plus de 10% déclarent avoir perdu leur mère, et près de la moitié ont des parents séparés, divorcés ou veufs. En revanche, une importante proportion d'entre eux sont issus d'un milieu social économiquement privilégié : près de 50% ont un père cadre supérieur ou exerçant une profession libérale et plus de 70% ont un père et/ou une mère qui exerce actuellement une profession. Il est probable qu'il s'agit là d'un biais de sélection, car les tentatives de suicides se répartissent relativement uniformément dans la population et tendent même plutôt à toucher les jeunes de catégories non favorisées⁴

Le profil des adolescents sur le plan de leur **situation scolaire et/ou professionnelle** a pu être esquissé à partir de leurs réponses au questionnaire SPS. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

⁴ Voir notamment : Rey C, Ferron C, Narring F, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland : prevalence, associated factors and comorbidity . Acta Psychiatr Scand. In Press.

Tableau 2 : situation scolaire et/ou professionnelle dans l'échantillon

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)
Situation actuelle du sujet	Cycle d'orientation = 7% (2/29) Collège = 38% (11/29) Etudes supérieures, université = 3% (1/29) Ecole de commerce = 10% (3/29) Ecole d'arts décoratifs = 7% (2/29) Apprentissage = 14% (4/29) Activité professionnelle = 3% (1/29) Inactivité pour chômage = 3% (1/29) Autre = 14% (4/29)
Nombre d'années scolaires (ou de formation) redoublées	0 = 36% (9/25) 1 = 56% (14/25) 2 = 8% (2/25)
Absentéisme scolaire ou dans la formation professionnelle ou au travail depuis une année	Oui = 70% (16/23)

Un fort pourcentage des adolescents rencontrés se trouvent actuellement au collège (près de 40%). Vient ensuite la fréquentation d'une école professionnelle ou d'une école de commerce, qui concerne un quart des jeunes interrogés. Les autres orientations semblent plus marginales. En particulier, très peu de ces jeunes déclarent être engagés dans une activité professionnelle ou inscrits au chômage.

Près des deux tiers de ces adolescents ont eu un parcours scolaire perturbé, ce que semble signaler un taux élevé de redoublements et d'absentéisme. Le faible nombre de sujets concernés ne permet cependant pas de détailler valablement les causes et conséquences de ces perturbations.

3.2 DONNEES RELATIVES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

Il était important de chercher à caractériser les circonstances et affects ayant accompagné la tentative de suicide chez les adolescents admis à l'unité pour cette raison. Il faut cependant noter, d'une part, que les fréquences ont été calculées sur le nombre restreint de sujets ayant fait un séjour à l'unité pour ce motif dans la période concernée par l'enquête, d'autre part, que le recueil de ces données auprès de ces sujets s'est avéré souvent très incomplet. On ne peut donc accorder à ces fréquences qu'une valeur indicative.

Les **données relatives à la tentative de suicide** sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : données relatives à la tentative de suicide

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)
Jour de la TS	Lundi = 8% (1/12) Mardi = 8% (1/12) Jeudi = 25% (3/12) Vendredi = 8% (1/12) Samedi = 17% (2/12) Dimanche = 33% (4/12)
Moyens utilisés pour la TS	Médicaments = 69% (9/13) Moyen violent = 31% (4/13)
Alcool associé à la TS	21% (3/14)
Drogue illicite associée à la TS	15% (2/13)
Existence de phénomènes d'automutilation	dans les mois précédant la TS = 50% (4/8) dans les jours précédant la TS = 17% (1/6) dans les heures précédant la TS = 17% (1/6)
Présences d'idées suicidaires	dans les mois précédant la TS = 60% (6/10) dans les jours précédant la TS = 80% (8/10) dans les heures précédant la TS = 56% (5/9)
Affects prédominants au moment du geste suicidaire	Confusion = 20% (2/10) Anxiété = 20% (2/10) Rage = 30% (3/10) Désespoir = 64% (7/11) Tristesse = 73% (8/11) Indifférence = 20% (2/10) Sérénité = 10% (1/10) Nullité = 46% (5/11) Omnipotence = 0% (0/11) Ni l'un ni l'autre = 54% (6/11)
Lors de la TS, sentiment dominant plutôt de :	
Sentiment de perte de maîtrise	80% (8/10)
Lors de la TS, pensées pour quelqu'un	Oui = 40% (4/10) Non = 20% (2/10) Sentiment de "tête vide" = 40% (4/10)
Lors de la TS, pensées pour le corps propre	38% (3/8)
TS découverte fortuitement	25% (3/12)
Regret ou appel à l'aide une fois le geste suicidaire accompli	44% (4/9)
Envie de récidive dans les heures qui ont suivi	30% (3/10)
Conscience de la gravité que représente le geste suicidaire	60% (6/10)
TS antérieure(s)	72% (13/18)
Automutilations associées	73% (8/11)
Recommandations thérapeutique TS antérieure(s)	23% (3/13)
Recommandations suivies TS antérieure(s)	40% (2/5)

Un tiers des tentatives de suicide ont eu lieu le dimanche dans cet échantillon. Bien qu'une majorité des adolescents aient utilisé des médicaments pour tenter de mettre fin à leurs jours, on note que près d'un tiers se sont tournés vers des moyens plus violents. Plusieurs déclarent avoir consommé de l'alcool ou de la drogue lors de leur tentative.

Une forte proportion de ces adolescents rapportent avoir eu des pensées suicidaires dans les mois ou les jours précédant la tentative. Bien que plus rares, les phénomènes d'automutilation ne sont pas inexistantes, surtout dans les mois ayant précédé la tentative de suicide.

Le désespoir et la tristesse sont les deux affects les plus nettement prédominants au moment du geste suicidaire. Aucun adolescent ne déclare s'être senti omnipotent à ce moment; au contraire, la moitié

d'entre eux rapportent avoir éprouvé un sentiment de nullité personnelle. Huit adolescents sur dix soulignent l'existence d'un sentiment de perte de maîtrise.

Si 40% des adolescents déclarent avoir eu des pensées pour une personne en particulier au moment du geste suicidaire, la même proportion rapporte avoir éprouvé un sentiment de "tête vide". Un bon tiers d'entre eux mentionnent avoir eu des pensées pour leur propre corps.

Un quart des tentatives de suicide évoquées ici ont fait l'objet d'une découverte fortuite (le petit effectif ne permet pas d'aller plus loin dans l'analyse de ce fait). Si près de la moitié des jeunes interrogés déclarent avoir éprouvé du regret à la suite de leur geste, ou avoir ressenti le besoin d'appeler à l'aide, près d'un tiers rapportent également avoir eu envie de récidiver dans les heures qui ont suivi. Plus de la moitié affirment avoir eu conscience de la gravité de leur geste.

Près des trois-quarts des adolescents suicidants à qui cette question a été posée dans le cadre de la présente enquête avaient déjà fait au moins une tentative de suicide par le passé. Il semble que peu de ces tentatives antérieures aient été suivies de recommandations thérapeutiques. Le petit nombre de sujets concernés ne permet pas de tirer des conclusions valides quant à la suite donnée par ces adolescents à ces recommandations.

3.3 DONNEES CHIFFREES RELATIVES AU SEJOUR

Le **séjour à l'unité** a donné lieu au relevé systématique de certaines informations permettant d'obtenir une vue d'ensemble du déroulement de ce séjour et des différents événements susceptibles de se produire. Ces informations sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 4 : déroulement du séjour à l'unité

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)
Motif d'admission	Tentatives de suicide = 53% (17/32) Idéations suicidaires = 47% (15/32)
Mode d'entrée	Ambulatoire = 42% (13/31) DUMC = 42% (13/31) Prévention = 16% (5/31)
Durée moyenne du séjour	17 jours
Ont fugué de l'unité	10% (3/31)
Ont fait une TS à l'unité	22% (7/31)
Ont été expulsés de l'unité	13% (4/31)
Ont utilisé des substances interdites à l'unité	22% (7/31)
Ont été réadmis à l'unité	26% (8/31)

La moitié des adolescents entrent à l'UCA suite à une tentative de suicide seulement, l'autre moitié étant composée de jeunes qui ont fait des menaces suicidaires et ont été adressés à l'unité à titre préventif. Il s'agit là d'un résultat inattendu, qui souligne le travail d'information et de sensibilisation important mené par l'unité de prévention du suicide.

La durée moyenne du séjour excède légèrement la durée initialement prévue, puisqu'elle atteint 17 jours.

Près du quart des adolescents admis à l'unité au cours de ses premiers mois de fonctionnement ont fait une tentative de suicide dans le cadre de l'unité. Une même proportion y ont utilisé des substances interdites par le règlement intérieur. Environ 10% ont fugué de l'unité; 13% en ont été expulsés. Un peu plus du quart de l'échantillon total sont revenus à l'unité après un premier séjour.

3.4 ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES ADOLESCENTS ENTRE LES DEUX BILANS

Le bilan 1 a été réalisé au cours du processus d'admission de l'adolescent à l'unité, lors de l'entretien qu'il a eu avec l'un des membres de l'équipe de l'unité. Les données du bilan 2 ont été recueillies lors de la rencontre de l'adolescent suicidant avec le chargé de recherche, 3 à 6 mois après le premier bilan.

Pour toutes les questions posées lors du premier bilan, faisant référence à la vie entière du sujet, il a été procédé à un changement de formulation, de manière à ce que le laps de temps concerné par le recueil des données du second bilan recouvre la période entre l'hospitalisation et le jour de la rencontre de l'adolescent avec le chargé de recherche. Ainsi, le libellé de ces questions, telles qu'elles étaient posées dans le cadre du second bilan, précisait : "depuis votre séjour à l'unité - soit au cours des X derniers mois-, avez-vous...". Les questions non posées lors de ce second bilan (parce que sans objet) sont notées *. Cela signifie que la diminution de la fréquence de certains comportements peut être à la fois liée à une évolution favorable, mais aussi au fait que la prévalence de certains problèmes est forcément moins forte lorsqu'elle est enregistrée sur 3 mois que sur toute la vie.

En outre, pour tous les résultats présentés dans ce chapitre, il convient de garder à l'esprit que les adolescents qu'il a été possible de rencontrer dans le cadre du second bilan (soit les deux tiers de l'échantillon initial) sont probablement ceux dont la situation et l'évolution ont été les plus favorables. Il ne serait donc pas licite de comparer dans l'absolu les résultats obtenus lors des deux bilans. Les fréquences présentées dans ce chapitre sont à considérer compte tenu de cette importante limitation.

3.4.1 Gestion du temps libre

Dans la perspective d'une description de l'échantillon, il a semblé intéressant de relever les activités préférées par les jeunes suicidants lors de leurs temps libres. Ces **activités de loisir** et leurs fréquences d'occurrence sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 5 : évolution des activités de loisir

Activités	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Sports (souvent ou très souvent)	23% (7/30)	38% (8/21)
Cinéma (souvent ou très souvent)	37% (11/30)	14% (3/21)
Télévision (souvent ou très souvent)	43% (13/30)	48% (10/21)
Faire de la musique (souvent ou très souvent)	35% (10/29)	38% (8/21)
Ecouter de la musique (souvent ou très souvent)	97% (29/30)	81% (17/21)
Lire des journaux (souvent ou très souvent)	45% (13/29)	29% (6/21)
Lire des livres (souvent ou très souvent)	80% (24/30)	57% (12/21)
Lire des BD (souvent ou très souvent)	47% (14/30)	19% (4/21)
Activité artistique (souvent ou très souvent)	60% (19/30)	33% (7/21)

Il est intéressant de relever à quel point l'écoute de la musique prend une place importante dans le vécu des adolescents interrogés au moment de leur admission à l'unité. Il en est de même, dans une moindre mesure, de la lecture de livres et de la pratique d'une activité artistique. On note également que la pratique d'un sport est particulièrement peu répandue dans cet échantillon.

Toujours dans un objectif descriptif, il a paru intéressant de recueillir des données permettant d'évaluer chez ces jeunes la gestion de leurs temps d'oisiveté. Ces données concernant l'**oisiveté** sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : évolution des indicateurs d'oisiveté

Activités	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Traîner dans les rues (souvent ou très souvent)	32% (9/28)	29% (6/21)
Rester enfermé chez soi (souvent ou très souvent)	40% (12/30)	52% (11/21)
Jouer au flipper (souvent ou très souvent)	3% (1/30)	14% (3/21)
Jouer avec des machines à sous (souvent ou très souvent)	4% (1/28)	0% (0/21)
Traîner au café (souvent ou très souvent)	41% (12/29)	43% (9/21)

Les pourcentages élevés des jeunes de ces deux groupes qui déclarent rester "souvent ou très souvent" enfermés chez eux semblent importants à relever.

3.4.2 Consommations, comportements à problème et santé subjective

Dans le cadre du questionnaire SPS, les fréquences auxquelles les adolescents interrogés font usage de substances sont essentiellement abordées sous l'angle de la consommation de tabac et d'alcool. Ces pourcentages de **consommations** sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 7 : évolution de la consommation de tabac et d'alcool

Comportements	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Fumer	79% (19/24)	67% (14/21)
Nombre de paquets par jour	0.5 = 41% (7/17)	0.5 = 36% (5/14)
	1 ou 1.5 = 47% (8/17)	1 ou 1.5 = 64% (9/14)
	2 ou 2.5 = 12% (2/17)	
Boire de l'alcool	65% (15/23)	52% (11/21)
Fréquence de la consommation d'alcool	Très rarement = 27% (4/15)	Très rarement = 36% (4/11)
	Rarement = 13% (2/15)	Rarement = 9% (1/11)
	Régulièrement = 40% (6/15)	Régulièrement = 46% (5/11)
	Tous les jours = 20% (3/15)	Tous les jours = 9% (1/11)

Si la proportion de jeunes fumeurs apparaît globalement moins importante dans le groupe interrogé lors du second bilan, on constate également que les pourcentages de petits fumeurs et de gros fumeurs (plus de 2 paquets de cigarettes par jour) sont plus importants dans le groupe des adolescents interrogés lors de leur admission à l'unité.

La consommation d'alcool semble être légèrement inférieure dans le groupe des adolescents interrogés plusieurs mois après leur séjour à l'unité. De même, la proportion de consommateurs quotidiens est plus faible dans ce groupe que dans l'échantillon initial.

Les adolescents ont également été invités à signaler aux enquêteurs d'éventuels **comportements à problème**. Les résultats obtenus suite à la présentation des questions relatives à ces comportements sont exposés dans le tableau suivant :

Tableau 8 : évolution des comportements à problème

Comportements	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Vol dans un lieu public	33% (9/27)	9% (2/21)
Vol d'un être proche (famille, ami)	28% (7/25)	19% (4/21)
Cris	69% (18/26)	48% (10/21)
Coups	44% (11/25)	24% (5/21)
Bagarres	36% (9/25)	0% (0/21)
Casse	36% (9/25)	24% (5/21)
Manque de contrôle de soi	77% (20/26)	48% (10/21)
Manque de contrôle de l'agressivité	61% (16/26)	48% (10/21)
Fugue	32% (8/25)	14% (3/21)
Faire de la vitesse	33% (9/27)	14% (3/21)
Prendre des risques lors d'un sport	15% (4/27)	24% (5/21)
Avoir des relations sexuelles non protégées	38% (9/24)	14% (3/21)
Avoir de nombreux accidents dans sa vie	21% (5/24)	10% (2/21)

Mis à part les risques liés à la pratique d'un sport, tous les indicateurs de comportements à problème paraissent souligner une diminution de la proportion de jeunes adoptant des comportements déviants (vols, bagarres, fugues), des comportements impulsifs (cris et coups, manque de contrôle de son agressivité), ou des comportements à risque (faire de la vitesse, avoir des rapports sexuels non protégés). Encore une fois, les pourcentages très bas relevés dans le groupe des adolescents rencontrés plusieurs mois après leur séjour à l'unité s'expliquent par la différence à la fois de caractéristiques de l'échantillon et aussi de référence temporelle des questions (vie entière au premier bilan et 3 derniers mois au second bilan).

Un certain nombre d'indicateurs de **santé subjective** ont également été explorés dans le cadre du questionnaire SPS. Les données recueillies au moyen de ce groupe d'items sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 9 : évolution des indicateurs de santé subjective

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Maladie chronique	16% (4/25)	14% (3/21)
Troubles fonctionnels	16% (3/19)	33% (7/21)
Victimes d'un viol	29% (7/24)	0% (0/21)
Victimes d'attouchements sexuels	48% (12/25)	0% (0/21)
Victimes de violences physiques	58% (14/24)	5% (1/21)
Relations sexuelles avec un membre de la famille	15% (4/26)	0% (0/21)

Les réponses des adolescents interrogés lors de l'entretien d'admission à l'unité sont particulièrement impressionnantes en ce qui concerne les taux de victimisation, qui s'avèrent être extrêmement élevés quel que soit le type de violence considéré.

3.4.3 Image de soi

La perception de soi-même est apparue comme une dimension importante à explorer dans le cadre de l'enquête. L'un des principaux aspects de cette perception est l'image corporelle, évaluée dans le

questionnaire SPS au moyen d'une série d'items unidimensionnels. Les données relatives à cette **image corporelle** sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 10 : évolution de l'image de soi

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Se trouvent trop grands	4% (1/28)	0% (0/21)
Se trouvent trop petits	36% (10/28)	29% (6/21)
Se trouvent trop gros	32% (9/28)	52% (11/21)
Se trouvent trop maigres	21% (6/28)	10% (2/21)
Aiment se regarder dans la glace	29% (8/28)	43% (9/21)
Aiment se faire photographier	18% (5/28)	10% (2/21)
Se trouvent séduisants	7% (2/28)	10% (2/21)
Trouvent qu'ils ont du charme	18% (5/28)	67% (14/21)
Prennent le temps nécessaire pour choisir leurs vêtements	57% (16/28)	38% (8/21)
Recherchent des tenues vestimentaires originales	39% (11/28)	33% (7/21)

Mise à part la perception de soi comme "trop gros", qui paraît affecter davantage les adolescents rencontrés dans le cadre du second bilan, il semble que la confrontation de l'adolescent avec son image dans le miroir soit globalement mieux vécue par les jeunes interrogés plusieurs mois après leur séjour à l'unité.

Un autre aspect important de la perception de soi réside dans l'image sociale de soi, c'est-à-dire dans la représentation que l'adolescent se fait des relations sociales qu'il établit avec autrui. Les données correspondant à cette **image sociale** sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 11 : évolution de l'image sociale

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Se sentent isolés	43% (12/28)	38% (8/21)
Marquent des distances envers autrui	43% (12/28)	48% (10/21)
Aiment être avec d'autres	79% (22/28)	91% (19/21)
Aiment avoir des activités en groupe	54% (15/28)	76% (16/21)
Ressentent des difficultés de communication	36% (10/28)	19% (4/21)
Prennent facilement la parole	36% (10/28)	62% (13/21)
Prennent difficilement la parole	36% (10/28)	33% (7/21)
S'expriment facilement	46% (13/28)	81% (17/21)
S'expriment difficilement	32% (9/28)	19% (4/21)
Se trouvent timides	25% (7/28)	29% (6/21)
Trouvent facile de demander de l'aide	11% (3/28)	48% (10/21)
Trouvent difficile de demander de l'aide	79% (22/28)	57% (12/21)

L'ensemble des indicateurs de l'image sociale suggèrent l'existence d'une amélioration entre les deux bilans. Il est particulièrement intéressant de constater la différence existant entre les deux groupes en ce qui concerne la facilité à prendre la parole, à s'exprimer et à demander de l'aide.

L'image de soi inclut également la perception que l'on a de son propre caractère. L'ensemble des **traits de caractère** évalués au moyen du questionnaire SPS invitent les adolescents interrogés à donner une description d'eux-mêmes sur ce plan. Les résultats obtenus sont rassemblés dans le tableau suivant :

Tableau 12 : évolution de la perception des traits de caractère

Traits	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Travailleurs	36% (10/28)	52% (11/21)
Volontaires	57% (16/28)	86% (18/21)
Gais	36% (10/28)	67% (14/21)
Soigneux	32% (9/28)	38% (8/21)
Plutôt économes	21% (6/28)	33% (7/21)
Optimistes, prennent les choses du bon côté	11% (3/28)	48% (10/21)
Ambitieux	39% (11/28)	62% (13/21)
Sûrs d'eux	7% (2/28)	19% (4/21)
Bien dans leur peau	18% (5/28)	38% (8/21)
Timides	25% (7/28)	24% (5/21)
Instables	68% (19/28)	62% (13/21)
Changeants	71% (20/28)	71% (15/21)
Vite découragés	57% (16/28)	62% (13/21)
Coléreux	53% (15/28)	48% (10/21)
Vite vexés	39% (11/28)	38% (8/21)
Plutôt pessimistes	43% (12/28)	48% (10/21)

Sur le plan des traits de caractère, les adolescents rencontrés dans le cadre du second bilan donnent une description d'eux-mêmes généralement plus positive que les adolescents interrogés à leur admission à l'unité. On peut notamment relever, dans le second groupe, une proportion nettement plus importante d'adolescents qui se décrivent comme optimistes et prenant la vie du bon côté.

Cette tendance est confirmée dans les questions explorant la projection de soi-même dans l'avenir, autre indicateur particulièrement pertinent dans le cas d'adolescents suicidants. Les données concernant cette **perception de l'avenir** sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 13 : évolution de la perception de l'avenir

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Ont confiance dans l'avenir en général	25% (7/28)	33% (7/21)
Pensent faisable d'enchaîner études - formation professionnelle - travail, à la suite	29% (8/28)	81% (17/21)
Ont des projets précis	39% (11/28)	52% (11/21)
Ont le désir de faire carrière	43% (12/28)	62% (13/21)
Ont le désir de se marier plus tard	43% (12/28)	60% (12/20)
Pensent avoir un jour des enfants	57% (16/28)	85% (17/20)
Sont préoccupés par la crise économique	32% (9/28)	52% (11/21)
Sont inquiets pour l'avenir	64% (18/28)	67% (14/21)

La grande majorité des items explorant cette dimension tendent à démontrer l'existence d'une perception de l'avenir plus positive chez les adolescents rencontrés plusieurs mois après leur admission à l'unité. Cette perception est notamment caractérisée par la capacité à s'imaginer un avenir en tant

qu'adulte. Il n'en reste pas moins que les préoccupations liées à la société en général ou les inquiétudes vagues par rapport à l'avenir s'avèrent relativement importantes dans les deux groupes.

3.4.4 Status psychiatrique

L'un des principaux objectifs de l'étude était de mesurer l'évolution du **status psychiatrique** des adolescents entre le moment de leur admission à l'unité et le moment de la rencontre avec le chargé de recherche, 3 à 6 mois après leur séjour.

Les données, recueillies au moyen du MINI, sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 14 : évolution du status psychiatrique

Dimensions	Pourcentages (N = 32)	
	Au bilan 1	Au bilan 2
Episode dépressif majeur	94% (30/32)	52% (11/21)
Episode dépressif majeur antérieur	70% (21/30)	*
Dysthymie	24% (7/29)	33% (7/21)
Episode hypomaniaque actuel	13% (4/32)	14% (3/21)
Episode hypomaniaque passé	8% (2/24)	*
Episode maniaque actuel	3% (1/30)	19% (4/21)
Episode maniaque passé	5% (1/21)	*
Trouble panique vie entière	20% (6/30)	*
Trouble panique actuel	33% (8/24)	38% (8/21)
Attaques paucisymptomatiques actuelles	26% (6/23)	24% (5/21)
Agoraphobie actuelle	28% (9/32)	33% (7/21)
Phobie sociale	16% (5/32)	10% (2/21)
Phobie sociale antérieure	32% (8/25)	*
Phobie spécifique	3% (1/32)	5% (1/21)
Phobie spécifique antérieure	4% (1/23)	*
Trouble obsessionnel compulsif	6% (2/32)	10% (2/21)
Trouble obsessionnel compulsif antérieur	4% (1/27)	*
Anxiété généralisée	91% (29/32)	71% (15/21)
Dépendance à l'alcool	16% (5/32)	14% (3/21)
Abus d'alcool	21% (6/29)	33% (7/21)
Dépendance à la drogue	10% (3/31)	19% (4/21)
Abus de drogue	7% (2/28)	30% (6/20)
Syndrome psychotique actuel	6% (2/32)	5% (1/20)
Syndrome psychotique vie entière	8% (2/25)	*
Trouble de l'humeur	13% (3/23)	10% (2/21)
Anorexie mentale	0% (0/31)	0% (0/21)
Anorexie mentale antérieure	14% (4/28)	*
Boulimie	16% (5/31)	19% (4/21)
Boulimie antérieure	20% (5/25)	*
Etat de stress post traumatique	17% (5/30)	10% (2/21)
Somatisation vie entière	10% (3/30)	*
Somatisation actuelle	5% (1/20)	5% (1/21)

Les résultats recueillis lors du premier bilan soulignent la prégnance de l'épisode dépressif majeur actuel ou passé (associé à une anxiété généralisée) dans le groupe des adolescents suicidants. De même, il est frappant de constater les fréquences élevées de dysthymie et de troubles de l'humeur, de troubles paniques actuels ou passés, et de phobie sociale.

Les problématiques relatives à la dépendance intéressent également une proportion non négligeable de jeunes dans cet échantillon. Près d'un quart d'entre eux s'avèrent en effet concernés par l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool, ainsi que par les comportements boulimiques (et, dans une moindre mesure, par la dépendance à la drogue et par l'anorexie mentale).

L'évolution de ces dimensions psychiatriques 3 à 6 mois après l'admission à l'unité est particulièrement remarquable en ce qui concerne l'existence d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, ce résultat est à considérer avec prudence dans la mesure où le second échantillon est vraisemblablement différent du premier dans sa composition.

Il reste cependant assez préoccupant de constater que la dépression perdure chez plus d'un adolescent sur deux, plusieurs mois après l'hospitalisation, tout comme l'anxiété généralisée qui touche encore près des trois-quarts des adolescents. De même, les pourcentages relatifs à la dysthymie et aux troubles de l'humeur, ainsi que ceux qui concernent les phobies et troubles paniques, se sont peu modifiés entre les deux bilans. Enfin, la tendance observée dans les problèmes liés à la dépendance (alcool, drogue, boulimie), qui semblent tendre à un accroissement, souligne la nécessité d'approfondir cette question dans des échantillons plus comparables.

3.4.5 Suivi thérapeutique et risque suicidaire

Un autre des principaux objectifs de la présente étude étant de vérifier l'effet du séjour à l'unité sur la compliance des adolescents au suivi thérapeutique, il était essentiel de déterminer la proportion de jeunes qui se trouvaient encore en thérapie au moment du second bilan. De même, il était important de mesurer l'évolution du risque suicidaire entre les deux bilans (cette évaluation étant réalisée dans le cadre de la présentation du MINI lors de ces deux bilans). Les données correspondant au **suivi thérapeutique** et à l'évaluation du **risque suicidaire** sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 15 : suivi thérapeutique et évaluation du risque suicidaire

Caractéristiques	Pourcentages (N = 32)	
Sont en thérapie 3 à 6 mois après	67% (20/30)	
Risque suicidaire	Au bilan 1 :	Au bilan 2 :
	Léger = 7% (2/30)	Nul = 10% (2/21)
	Moyen = 7% (2/30)	Léger = 29% (6/21)
	Elevé = 87% (26/30)	Moyen = 14% (3/21)
		Elevé = 48% (10/21)

Les deux tiers des jeunes ayant participé aux deux phases de la recherche étaient encore en thérapie au moment du second bilan.

Le pourcentage d'adolescents chez qui a été relevé un risque suicidaire élevé est nettement plus faible dans le groupe rencontré au moment du second bilan, que dans l'échantillon initial. De même, plusieurs des adolescents interrogés à distance de leur séjour à l'unité présentent un risque suicidaire léger, voire nul.

3.5 REMARQUES RELATIVES A CES DONNEES QUANTITATIVES

Le protocole de recherche établissant les différentes étapes du processus d'évaluation incluait des analyses quantitatives plus élaborées que celles qui sont présentées ici. Le faible effectif de sujets admis à l'unité lors de la période considérée, ainsi que le nombre de sujets restés inaccessibles pour le second bilan, se sont opposés à la réalisation de ce type d'analyse.

Au-delà de ces résultats exploratoires, il aurait été intéressant de pouvoir mettre en évidence la constellation de variables en lien avec la compliance au suivi thérapeutique : quels en sont les facteurs déterminants (caractéristiques psychologiques et sociales, déroulement du séjour à l'unité)? Quelles en sont les conséquences en terme de comportements et d'adaptation psychosociale ? Le petit nombre de

sujets concernés dès lors que l'on croise plusieurs variables n'a pas permis d'accéder à ces informations. Seule une étude de suivi à plus grande échelle rendra possible une investigation véritablement analytique de ces questions.

Les deux chapitres suivants présentent les données recueillies lors des entretiens avec les thérapeutes et soignants de l'unité d'une part, les adolescents accueillis dans l'unité d'autre part. Par commodité, et pour assurer l'anonymat des réponses, c'est le masculin qui sera systématiquement utilisé dans la présentation. Les citations littérales seront mises en italique.

4 ENTRETIENS AVEC LES INFIRMIERS ET LES THERAPEUTES

4.1 LES ENTRETIENS AVEC LES INFIRMIERS

4.1.1 Expérience professionnelle et motivations

Aucun des infirmiers en charge des jeunes suicidants à l'UCA n'est un novice. Tous font état d'une expérience professionnelle de plusieurs années en psychiatrie (psychiatrie adultes ou jeunes, toxicomanie, psychogériatrie). Plusieurs d'entre eux font également état de formations complémentaires en psychologie, psychodrame, thérapie familiale systémique ou techniques cognitives et comportementales.

C'est l'*envie de travailler avec des adolescents* qui motive la plupart des infirmiers, même si l'un d'entre eux rapporte avoir éprouvé de l'*appréhension* à l'idée d'être confronté à des patients de cet âge, et un autre souligne qu'il a *attendu d'être psychologiquement prêt* pour cette expérience. Loin d'être dissuasif, le fait d'être confronté à de jeunes suicidants, qui implique de se colleter quotidiennement au thème de la mort, est perçu comme l'un des intérêts majeurs du travail à l'unité. L'un des infirmiers rapporte cependant s'être interrogé sur sa capacité à *faire face aux questions de suicide et de mort*, et un autre souligne sa perception d'une *inadmissible envie de mourir* chez les adolescents.

D'une manière plus générale, on constate que le fait de prendre sa place au sein d'une petite équipe nouvellement constituée, dans un cadre psychiatrique non traditionnel, en utilisant des modèles théoriques psychanalytiques, donne aux infirmiers le sentiment d'être partie prenante d'une aventure qui représente à leurs yeux un *défi à relever*. L'impression d'*apprendre sans cesse*, de *se perfectionner* dans un domaine très pointu, n'est pas étrangère à ce sentiment.

4.1.2 Fonctionnement de l'unité et nature du travail

Elles sont généralement présentées comme *favorables*, voire *idéales*, en tout cas dans un premier temps. Sur un plan matériel, le fait que l'entrée des patients soit volontaire, le petit nombre de lits et l'absence de lourdeur hiérarchique, sont soulignés comme contribuant à l'établissement d'une bonne ambiance à l'unité. L'intérêt du travail, décrit par certains comme *passionnant*, et l'absence de routine, constituent également des points très positifs.

La situation urbaine de l'unité est considérée comme favorable par la plupart des infirmiers. Les locaux eux-mêmes sont d'abord décrits en terme de sécurité : le fait qu'ils soient situés aux 5^{ème} et 6^{ème} étages d'un immeuble a pu en inquiéter certains, vite rassurés par la présence de barreaux aux fenêtres. L'un des infirmiers souligne que ceux-ci n'empêchent pas l'unité d'être un endroit *lumineux* et *accueillant*. Un seul soignant estime que les lieux sont *trop bruyants*.

Le cadre est décrit à plusieurs reprises comme *luxueux*, *fabuleux*. Le fait que le mobilier et les éléments décoratifs aient été choisis par les infirmiers eux-mêmes contribue certainement à cette impression, tout en favorisant l'appropriation du lieu par les soignants. La grande proximité spatiale entre l'équipe et le groupe des patients peut expliquer les critiques centrées sur le nombre limité de salles pour les patients et de bureaux réservés aux infirmiers.

Sur un plan plus qualitatif, la description du lieu fait apparaître des perceptions divergentes, les uns insistant sur le côté *ordinaire* du lieu, détaché de sa signification hospitalière, les autres soulignant précisément toutes les raisons pour lesquelles il ne s'agit pas d'un lieu de vie ordinaire, mais d'un *lieu de soins*. La difficulté à se situer dans cette alternative transparait également dans la description de l'unité comme un *lieu où être authentique dans la relation*, tout en sachant se maintenir dans sa place de soignant ou

de patient, et un lieu où les adolescents puissent *se retrancher, tout en restant connectés aux réalités de la vie*. L'ambiance du lieu est généralement décrite comme contraire aux attentes, c'est-à-dire non pas sinistre ou morbide, mais souvent *joyeuse et animée*.

Qu'en est-il de la gestion du quotidien ?

Bien que le terme de *vie en communauté* soit unanimement utilisé par les infirmiers, on retrouve à ce niveau l'opposition entre deux perceptions différentes de la vie à l'unité : l'une qui insiste sur ses ressemblances avec la vie *en foyer, voire en famille* (l'expression *rapports intimes* ayant même été utilisée une fois...), l'autre soulignant la vocation d'*unité de crise* de l'appartement où séjournent les adolescents.

Pour les infirmiers, gérer la vie quotidienne à l'unité recouvre essentiellement trois aspects :

1. prendre part aux principales activités des adolescents, c'est-à-dire, outre les activités à visée directement thérapeutique, les repas, la télévision et la musique, les jeux de société. A ce niveau, l'idée maîtresse est de *faire avec eux mais pas à leur place*;
2. faire respecter les règles en vigueur à l'unité, exercer une autorité;
3. s'adapter à la diversité des situations, être vigilant pour ne pas rester à la traîne par rapport à l'évolution des besoins et demandes des adolescents.

La plupart des infirmiers soulignent l'importance de réintroduire la dimension du temps dans la journée des adolescents, perçus comme ayant perdu cette notion dans les mois ayant précédé leur admission à l'unité. Les infirmiers soulignent également que cette tâche leur est facilitée par l'existence d'une *continuité dans les soins*, dès lors que la période consacrée à la gestion de la crise est dépassée. Le rythme de la vie au quotidien n'est pas le seul concerné par cet aspect (heures des levers et couchers, horaires des repas); il s'agit aussi de replacer l'adolescent dans un contexte temporel plus large (dates, saisons, perception du temps qui passe).

4.1.3 Le travail thérapeutique

Le travail thérapeutique des infirmiers avec les adolescents est souvent décrit comme une *psychothérapie sans trop creuser*, un accompagnement actif au cours duquel il faut *saisir au vol ce qui se passe*. Dans ce contexte, l'unité est décrite comme un *lieu de parole et d'écoute* où les relations thérapeutiques restent humaines malgré une prise en charge intensive. Surtout, les activités thérapeutiques sont considérées comme incluses dans un travail à la fois individuel et collectif, avec toutes les variétés d'approches que cela suppose, et le sentiment de sécurité procuré par la confrontation aux impressions des autres soignants.

Toujours sur le plan de l'organisation du quotidien, on notera que, de manière volontaire, aucun des infirmiers ne porte une blouse blanche. Chacun des infirmiers interrogés sur ce point souligne qu'il n'en ressent pas le besoin, que porter une blouse équivaldrait pour lui à *se réfugier derrière un uniforme*, et que le fait d'être en vêtements civils ne lui fait pas *perdre son identité de soignant*. Cette individualité marquée des infirmiers pourrait bien ne pas leur faciliter la tâche, dans la mesure où tous soulignent parallèlement la vigilance nécessaire au quotidien pour prendre garde à *rester dans son rôle de soignant*, pour ne pas endosser un *rôle d'éducateur* et être tenté de *faire de l'occupationnel*, pour former un groupe de soignants qui soient à la fois *tous différents et interchangeable*.

Enfin, plusieurs infirmiers insistent sur la nécessité de *peser chacun de ses mots*, de *faire attention à ce qu'on dit tout en restant soi-même*, et d'*être capable de sourire de soi-même*.

Dans le discours des infirmiers, les raisons qui amènent certains adolescents à exprimer des idées suicidaires ou à attenter à leur vie seraient principalement au nombre de cinq :

- une histoire personnelle *très dure, horrible*, marquée par le deuil, la violence physique et psychologique, les abus sexuels ;
- l'appartenance à un milieu familial où ils ont besoin de *passer à l'acte pour être entendus*;

- une incapacité à lutter contre les diverses *pressions qui s'exercent sur eux*, notamment les injonctions qui exigent d'eux la perfection dans le domaine scolaire ou la conformité à des normes familiales strictes ;
- l'absence d'un support identificatoire satisfaisant et d'un modèle parental équilibré, *l'absence de repères vitaux* qui en découle ;
- *l'absence d'idéal ou de rêve*, à laquelle s'ajoute la confrontation brutale à un monde perçu comme violent et incompréhensible, qui provoque la survenue d'un *insupportable mal-être*.

Selon les infirmiers, le passage à l'acte suicidaire ferait suite à une montée de l'angoisse, de plus en plus envahissante (les jeunes auraient *affreusement peur*), et s'accompagnerait d'un sentiment de *perte de contrôle* de soi. Une fois le geste accompli, et parfois également dans le cas d'idéations suicidaires non suivies de tentatives, les adolescents éprouveraient un sentiment d'anormalité lié à une peur intense d'être *devenus fous* et d'être *jugés* comme tels.

Plusieurs infirmiers soulignent l'importance cruciale de la première rencontre avec le jeune, au cours de laquelle ce dernier, en dehors de toute expression d'une demande précise, laisserait échapper un *flot verbal continu*. Certains jeunes resteraient cependant repliés sur eux-mêmes et ne s'ouvriraient que progressivement au cours de leur séjour à l'unité. Tous sont décrits comme ayant un *énorme besoin de parler, beaucoup à dire* et des *facilités pour se livrer* dans le cadre d'une relation de confiance. En ce sens, le séjour à l'unité constituerait une expérience unique où ils ne seraient *pas tenus d'apprendre quoi que ce soit, d'être heureux et gais, de se contrôler*. Il s'agirait d'un moment particulièrement fécond de centration sur soi et de prise de conscience, favorisées par l'absence de distractions et de dispersion.

Lors de leur séjour à l'unité, les jeunes seraient pour la plupart caractérisés par une *peur terrible de l'abandon*, associée à une volonté de *provoquer* et de *mettre à l'épreuve* l'équipe soignante, et une difficulté particulière à *affronter le regard d'autrui*. Ils exprimeraient beaucoup d'interrogations par rapport à la vie, leurs questions tournant principalement autour du franchissement de l'adolescence pour devenir adulte. En ce sens, le fait d'avoir en face d'eux une *équipe qui a roulé sa bosse* serait très structurant.

D'autres aspects remarquables de la psychologie de ces adolescents seraient leurs étonnantes ressources, leur *énergie* et leur *capacité d'adaptation*, la *solidarité* qu'ils seraient capables d'exprimer envers leurs camarades souffrants, leur attention aux autres et leur don d'observation; toutes caractéristiques qui contribuent à les faire décrire comme *tonifiants* et *passionnants* par les infirmiers.

4.1.4 Les particularités du travail avec les jeunes suicidants

Les deux principaux objectifs du séjour à l'unité, tels qu'ils sont présentés par les infirmiers, sont la réalisation d'un *travail sur soi* et la mise en place d'un suivi thérapeutique, *l'accrochage des jeunes à la thérapie*. Les infirmiers ont également fixé des objectifs immédiats à leur travail quotidien avec les adolescents, centré sur des échanges verbaux dans le cadre d'entretiens formels ou informels. Ces objectifs sont multiples : *leur apprendre à vivre mieux*, les aider à se développer *sans leur coller un idéal* ou *leur plaquer un modèle*, les valoriser et les mettre sur la voie de l'autonomie.

Selon les infirmiers, l'atteinte des objectifs du séjour à l'unité suppose avant tout l'établissement d'une *relation de confiance*, dans laquelle l'adolescent se sente encouragé à *mettre des mots sur ses sentiments*, dans un climat non contraignant. D'après les infirmiers, ce type de relation ne pourrait s'établir qu'à la condition d'être *toujours présents et à l'écoute*, dans une attitude de tolérance, de souplesse et d'ouverture. Selon eux, il s'agirait de se montrer, non pas neutres (*vides, transparents*), mais *humains, proches, authentiques*. Un autre point important serait d'avoir une attitude plus attentiste qu'incitative, qui consisterait à *laisser venir* les confidences et les questions plutôt que de les provoquer.

Quelques infirmiers ont mentionné spontanément le fait que la relation avec l'adolescent pouvait parfois *passer par le médicament*, c'est-à-dire être médiatisée, facilitée par le médicament. Ces infirmiers soulignent la nécessité de mettre à profit les ressources des jeunes pour *négoier et gérer le traitement avec eux*, certains des adolescents exprimant à la fois une demande de soutien médicamenteux et le besoin d'exercer un contrôle sur son usage.

Plusieurs infirmiers soulignent la nécessité *du maintien du cadre et des limites* dans la dynamique de la vie de l'institution, en perpétuel remaniement, ce qui suppose de *réinventer chaque jour* son approche des patients. Cette mouvance permanente, cette aptitude à la remise en question quotidienne, n'excluent pas un élément, perçu comme fondamental, du cadre méthodologique de l'unité, à savoir le caractère impératif du maintien de la distance thérapeutique avec les patients. Dans ce cadre, les infirmiers signalent la nécessité *de se fixer des limites personnelles et de s'y tenir*, en particulier lorsque les adolescents s'enquêtent de leur vie privée ou leur posent des questions relatives à leurs convictions politiques ou religieuses, à leurs positions personnelles par rapport à la drogue ou au suicide, ce que quelques infirmiers interprètent comme l'expression du besoin de *trouver un modèle, un support d'identification*. La plupart des soignants trouvent important et bénéfique de répondre aux questions des jeunes (qu'ils ne perçoivent pas comme intrusives) dans les limites qu'ils se sont eux-mêmes fixées. Les infirmiers reconnaissent cependant que les patients à problématique état-limite mettent à rude épreuve ces limites imposées.

Tout en niant l'instauration de relations de type parents - enfants, la majorité des infirmiers perçoivent l'influence d'un *effet de génération* favorisant l'établissement de relations marquées par une *autorité naturelle conférée par l'âge ou la fonction*. Les infirmiers soulignent en outre les aspects positifs de ces relations qui leur donnent la légitimité d'intervenir pour faire respecter le règlement intérieur de l'unité. Selon eux, *l'absence d'un cadre* clairement défini ou le *laxisme* seraient anxiogènes pour les adolescents, d'où l'acceptation par les soignants de situations potentiellement conflictuelles mais dont l'issue serait finalement sécurisante et structurante pour les adolescents.

Plusieurs infirmiers évoquent *le pouvoir thérapeutique de la vie en groupe*, qui jouerait un rôle essentiel de soutien dans la lutte contre les tendances dépressives et dans l'acquisition des habiletés relationnelles, notamment, *apprendre à fonctionner avec d'autres jeunes, apprendre à se parler, apprendre à se confronter les uns aux autres*. Plusieurs infirmiers ont cependant évoqué les problèmes suscités par des phénomènes de groupe extrêmement perturbants et presque incontrôlables, survenus à la suite de l'admission à l'unité de jeunes "état-limite" qui se situaient à la fois dans un *appel à l'aide permanent* et donc une *surenchère pour attirer l'attention*, et dans une *anarchie destructrice* les conduisant à des comportements éventuellement dommageables pour eux-mêmes et pour autrui (auto-mutilations, jets d'objets par les fenêtres, etc.).

Les séances de thérapie de groupe obligatoires ont été unanimement décrites par les infirmiers comme étant très pénibles pour les adolescents. Selon eux, les jeunes éprouveraient d'énormes difficultés à s'exprimer devant le groupe, à *faire partager leurs problèmes* dans ce cadre imposé, à *laisser tomber le masque*.

Le thème de la mort n'est pas éludé dans les entretiens que les soignants ont avec les jeunes; plusieurs infirmiers soulignent d'ailleurs l'importance de faire sentir aux adolescents suicidants qu'ils *n'ont pas besoin de chercher à protéger les soignants* en évitant d'aborder ce sujet. La plupart des infirmiers n'hésitent pas à poser directement la question du suicide ou des idées suicidaires lorsqu'ils s'aperçoivent qu'un adolescent *ne va pas bien*. Il leur paraît essentiel de *lutter contre la banalisation* des idéations ou du geste suicidaire, et de faire évoluer les adolescents dans leur représentation de la mort, notamment, de leur faire *admettre son irréversibilité*.

D'après les infirmiers, les adolescents parlent de la mort *sans inhibitions* et posent volontiers des questions susceptibles d'impliquer directement les soignants, par exemple, "avez-vous toujours envie de vivre? même quand c'est difficile?". Dans les propos des adolescents, l'envie de mourir semble correspondre à une *recherche de solutions*, au besoin de *se sentir plus léger*. Tous les infirmiers s'accordent à reconnaître l'existence, chez les adolescents qu'ils ont rencontrés, d'une *énergie forte*, d'une *dynamique toujours présente*, d'une *pulsion de vie* sur laquelle s'appuyer dans la relation thérapeutique. Même si ces adolescents ont indéniablement des *côtés morbides*, ils n'en sont pas moins *pleins de joie de vivre*. Selon les infirmiers, faisant référence à leurs expériences antérieures, ce trait les différencierait nettement des adultes suicidants.

4.1.5 Les difficultés du travail

Les entretiens ont permis d'identifier toute une série de difficultés qui mériteront d'être discutées à l'avenir : elles tiennent à la fois à l'organisation des soins au sein de l'unité, au type de pathologies rencontrées chez les adolescents hospitalisés et enfin au statut et au rôle des infirmiers comme soignants.

Les infirmiers s'accordent généralement pour souligner qu'il existe des périodes sensibles dans le quotidien du travail avec les adolescents suicidants. Le matin est l'un de ces moments, avec un *difficile réveil au monde* qui peut favoriser une *confrontation au cadre* dès le lever. L'un des infirmiers a constaté l'efficacité de la constitution d'un *premier groupe de parole*, dès le matin. Au cours de ce groupe de parole sont simplement évoqués les rendez-vous et activités du jour qui commence. Cette reconstitution du *groupe éclaté au cours de la nuit* a pour effet de recréer les liens et de repréciser la place et le rôle de chacun à l'intérieur du groupe.

Les repas sont également perçus par l'équipe soignante comme des moments potentiellement difficiles. La plupart du temps, ces repas se dérouleraient, soit dans une *atmosphère pesante*, soit dans un climat d'*extrême excitation*, où se succéderaient *silences tendus* et *fous-rires nerveux*. Les repas donnent parfois lieu à des discussions très importantes pour les adolescents présents. Plusieurs infirmiers soulignent également les difficultés liées à l'approche des jeunes présentant des troubles du comportement alimentaire et tenus d'être présents à l'heure des repas.

Le moment de la journée qui est décrit par tous les infirmiers comme étant le plus difficile reste cependant la soirée et le début de la nuit. La majorité des soignants décrivent ainsi un *changement d'ambiance*, l'expression d'un *intense besoin de présence*, des discussions *plus intenses* et *plus agitées*, des *débordements du cadre* tels que refuser d'aller se coucher lorsque l'heure est venue, se mettre à fumer dans les endroits interdits, écouter de la musique trop fort, et dans des cas plus graves, déclencher l'alarme incendie, couper l'électricité ou fuguer. Les infirmiers expliquent ces revirements par la montée d'une intense anxiété dans le groupe, d'un sentiment d'insécurité lié à la *peur de la nuit, du sommeil* et de la *solitude*, à des *réminiscences de violences subies la nuit*, aux émotions soulevées par le vécu de la journée : entretiens thérapeutiques, visites de la famille ou des amis, interactions avec les autres patients. Les adolescents les plus anxieux se sentent alors *orphelins de leurs thérapeutes* et peuvent aller jusqu'à menacer de passer à l'acte pour contraindre l'infirmier à les faire venir. Les infirmiers se sentent alors *poussés à l'agir* - contraints à appeler les thérapeutes - car rien de ce qu'ils proposent ne trouve grâce aux yeux des adolescents, pour qui *tout est nul* ou *inutile*.

Tout en reconnaissant ces difficultés, la plupart des infirmiers affirment se sentir capables de les surmonter sans trop de problèmes. Un petit nombre d'entre eux rapportent cependant s'être sentis *débordés*, écrasés par une trop lourde responsabilité. Ce sentiment s'est trouvé exacerbé par le fait de s'être sentis seuls pour affronter ces moments difficiles. Dans ces cas précis, l'architecture du lieu a ajouté à l'angoisse des soignants, qui ont pu se trouver *tout seuls à l'étage supérieur avec un patient très mal en point*, tandis que *le reste du groupe*, également effrayé et anxieux, *se tenait à l'étage inférieur*. L'un de ces soignants dit s'être trouvé dans la situation d'avoir à combattre à la fois une *dispersion géographique et personnelle*, un autre dit avoir trouvé extrêmement *inconfortable de devoir travailler d'une catastrophe à l'autre*, un troisième enfin s'est trouvé désarmé devant *l'impertinence et la provocation* des propos tenus par les jeunes à son encontre.

Sans aller jusqu'à des ressentis aussi négatifs, la majorité des infirmiers reconnaissent que l'idée du risque de suicide est particulièrement présente la nuit. Ils font des tournées fréquentes au cours desquelles ils vérifient que les adolescents *dorment normalement*. Pour certains des soignants, les soirées *catastrophiques* et les nuits *épouvantables* peuvent être évitées par une gestion attentive du déroulement des fins de journées, en agissant dans le sens d'une diminution de la tension et de l'anxiété, et en évitant de favoriser les discussions tardives sur des *sujets existentiels* ou chargés d'émotions.

Le travail avec les familles constitue l'un des autres problèmes majeurs identifiés par les soignants : même si les infirmiers n'étaient pas censés participer à la prise en charge des familles, certains d'entre eux ont mentionné une absence de directives précises quant à la nature de leur investissement dans ce domaine.

D'autres ont fait état de difficultés de collaboration avec l'assistante sociale chargée des contacts avec les familles, arguant qu'un certain nombre d'informations sur la dynamique familiale leur échappaient. Quelques soignants ont suggéré qu'une augmentation du temps de travail de l'assistante sociale pourrait leur donner davantage d'opportunités d'avoir accès à ces informations.

D'autres difficultés transparaissent dans les perceptions négatives liées au statut professionnel et au poste de travail. Outre les difficultés propres aux soirées et aux nuits précédemment évoquées, plusieurs infirmiers se sentent mal préparés à gérer certains phénomènes de groupe, c'est-à-dire les moments où l'ensemble des adolescents se trouve entraîné dans une spirale descendante de dépression et d'angoisse, sous l'influence de patients eux-mêmes débordés par l'angoisse ou en réaction à des événements traumatisants survenus dans le groupe, tels qu'une tentative de suicide ou une séparation difficile. L'un de ces infirmiers incrimine la *situation de ghetto* dans laquelle se trouvent les adolescents suicidants lors de leur séjour à l'unité, un autre réclame davantage d'occupations pour les jeunes dans le cadre de l'unité (il existe déjà un atelier thérapeutique de peinture et des activités sportives organisées). Enfin, un autre souligne le danger que pourrait représenter le fait que des patients à idéations suicidaires côtoient des patients ayant fait une tentative de suicide : il craint la *contagion*, l'effet d'entraînement qui pourrait résulter en un accroissement des passages à l'acte suicidaires.

Un autre point relatif à l'organisation du travail est fréquemment mentionné par les infirmiers : c'est celui des heures supplémentaires de travail, indispensables actuellement au bon fonctionnement de l'unité (comme le souligne un infirmier, *il est bien difficile de partir le soir en laissant un collègue seul avec un groupe en difficulté*). Trop nombreuses, ces heures supplémentaires épuisent un certain nombre de soignants, qui arrivent au bout de leurs ressources physiques et morales, et réclament que les effectifs soient augmentés d'un poste.

Une autre des difficultés présentées comme majeures par un certain nombre d'infirmiers est celle que représente l'accueil des adolescents suicidants à pathologie très lourde, notamment les patients à problématique multiple, les récidivistes de la tentative de suicide, et les patients à structure état-limite déjà mentionnés précédemment. Ces derniers, dont certains ont effectué des passages à l'acte quotidiens au cours de leur séjour, présentent un comportement encore plus imprévisible que les autres, qu'ils entraînent dans des remises en cause violentes du cadre, mettant ainsi en péril l'équilibre de l'unité toute entière. Les tentatives de suicide faites à l'unité sont décrites comme les épisodes les plus durs, avec la perception d'un *renvoi à la mort*, d'un *retour en arrière* par rapport au chemin parcouru à l'unité.

Plusieurs infirmiers s'interrogent sur l'attitude à adopter face à ces situations extrêmes : admission à l'unité ou envoi direct vers les services psychiatriques de Belle-Idée, exclusion de l'unité ou maintien moyennant certains aménagements. Lorsqu'ils ont été rencontrés, ces infirmiers étaient encore dans le doute par rapport à l'opportunité de l'un de ces choix. L'un d'entre eux se montrait cependant peu favorable à l'option consistant à n'accepter de travailler qu'avec de jeunes suicidants correspondant à un *profil idéal* fixé à l'avance.

Pour certains d'entre eux, *la place et le statut de l'infirmier restent un point d'interrogation*. L'imprévisibilité relative du quotidien entraîne pour ces infirmiers le sentiment de devoir endosser des rôles différents dans un cadre fluctuant. Or l'importance quasiment vitale du respect du cadre est soulignée par tous, de même que l'attachement à la réalisation des objectifs. Ce qui paraît être en jeu ici est l'équilibre fragile entre, d'une part, une fonction éducatrice et des rôles parentaux, et d'autre part, les limites qu'impose la relation soignant - patient. C'est ce qu'expriment les infirmiers qui évoquent le risque de *se laisser entraîner*, qui se décrivent comme *trop entiers* ou qui sentent qu'ils devraient se maintenir *plus en retrait*. Plusieurs infirmiers mentionnent en effet la difficulté qu'éprouvent les adolescents à tolérer la moindre frustration, et la tendance des soignants à vouloir combler tout manque éventuel, ce qui a pu se traduire par des séparations impossibles ou des tentatives de culpabilisation des infirmiers. L'un d'entre eux a même comparé devant un jury d'adolescents dans une parodie de justice, jugé pour *abandon de jeunes en détresse* au moment des fêtes de fin d'année, ce qui en dit long sur l'état d'esprit de ces adolescents...

Un certain nombre d'infirmiers souhaiteraient voir instauré le principe de l'*infirmier - référent*, c'est-à-dire de l'assignation d'un soignant déterminé à chaque patient. A l'appui de cette proposition, ces infirmiers

soulignent l'absence de *véritable continuité* dans le suivi des patients, bien que ces derniers côtoient des soignants à longueur de journée. Ils relèvent également l'absence d'un *investissement réciproque* et la *perte d'investissement à long terme* de la relation infirmier - patient, ce qui expliquerait selon eux le *surinvestissement des thérapeutes* (médecins ou psychologues) assignés aux adolescents dans le cadre de l'unité. Très concrètement, ces infirmiers regrettent de constater qu'un travail thérapeutique intéressant puisse être conduit par un soignant avec un patient le matin, travail suivi l'après-midi par un entretien médecin - patient où se trouve présent n'importe lequel des infirmiers.

Il semble que pour ces infirmiers se trouve posée la question de leur statut au sein de l'unité. Actuellement traités comme s'ils étaient absolument interchangeables, ils souhaitent que soient reconnues la spécificité de leurs compétences et leur capacité à prendre en charge efficacement des patients dans le cadre d'une relation d'aide individualisée.

4.1.6 Travail en équipe et supervision

Tous les infirmiers soulignent l'importance du travail en équipe à l'unité : même s'il est possible de gérer certaines situations individuellement, il reste essentiel de sentir qu'il est possible de *dire des choses dans l'équipe*. Bien que nécessaire, ce travail en équipe n'est pas idéalisé par les infirmiers. Plusieurs d'entre eux évoquent l'existence de *frottements* dans l'équipe au cours des trois mois qui ont suivi l'ouverture de l'unité, et tous les débats, discussions et mises au point indispensables qui ont permis à l'équipe de surmonter ces difficultés initiales. L'un des infirmiers explique ces ajustements par le fonctionnement novateur de l'unité et par les expériences professionnelles diverses des membres de l'équipe soignante. Pour décrire l'ambiance actuelle à l'unité, les expressions qui reviennent le plus souvent sont celles qui évoquent une *équipe sympa, solidaire*, où *l'on se sent bien*, la *complicité avec les collègues*.

En ce qui concerne la supervision, les infirmiers interrogés sur ce point font bien la distinction entre la supervision informelle, effectuée au travers de discussions avec les collègues ou le thérapeute assigné à l'adolescent, et la supervision formelle, dont certains éléments sont encore en cours de mise en place. La supervision informelle est notamment évoquée par le biais des entretiens avec les thérapeutes, entretiens jugés par les soignants comme étant d'*excellente qualité* et d'un grand secours. Les réunions biquotidiennes rassemblant les infirmiers et les thérapeutes sont également jugées très informatives et d'une grande utilité. Quelques infirmiers estiment cependant que le temps de présence et la disponibilité des thérapeutes sont insuffisants pour faire face à l'ampleur de la demande.

La supervision formelle associe une discussion de cas hebdomadaire avec l'équipe thérapeutique au complet et une supervision des infirmiers par un professionnel de Belle-Idée. La discussion de cas permet aux infirmiers d'approfondir leur compréhension et leur interprétation des troubles présentés par les jeunes suicidants, et leur fournit des indications en terme de prise en charge et de suivi. Les opinions des infirmiers quant à ce type de supervision font apparaître des sentiments ambivalents. En effet, ils déclarent éprouver un grand intérêt pour la *mise à plat théorique* des cas, *sans concession ni vulgarisation*, qu'ils considèrent comme *très formatrice* et qui les aide à *relativiser les situations*. En même temps, ils se sentent parfois *dépassés* par certains développements théoriques et regrettent que le *vécu de l'infirmier* ait *peu de place* dans ces discussions. En dépit de ces réserves, il semble que les échanges avec les thérapeutes jouent un rôle important de valorisation de l'activité des soignants, par une incitation à rapporter par écrit leurs expériences, à prendre part à des programmes de recherche et à communiquer dans des congrès.

La supervision des infirmiers par un professionnel de Belle-Idée (décrit comme une *personne neutre* avec un *regard extérieur plus théorique*) permet aux soignants d'évoquer des problèmes particuliers qui sont propres à leur pratique, des questions liées au travail en équipe, voire ce que certains appellent des *cas de conscience*. Ces séances procurent une aide généralement très appréciée. Au-delà des questions liées à la pratique, elles provoquent un sentiment de libération issu de l'opportunité d'avoir pu s'exprimer librement, et constituent un espace où peuvent être évoquées les choses qu'on aimerait voir changer dans l'équipe et éventuellement au sein de l'unité. Seul un petit nombre d'infirmiers laissent transparaître des doutes quant à l'efficacité de ce type de supervision, refusant de se prononcer sur son

utilité dans la mesure où ses *objectifs* seraient *encore mal définis*, ou constatant qu'ils *aiment y discuter* mais *incertains* quant aux bienfaits qu'ils peuvent concrètement en retirer.

4.2 ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES THERAPEUTES

4.2.1 Expérience professionnelle et motivations

Outre une formation et une pratique en psychothérapie individuelle et/ou en psychiatrie, certains des membres de l'équipe thérapeutique de l'UCA ont une expérience de thérapie familiale systémique, de recherche et/ou d'enseignement. Plusieurs ont reçu une formation initiale en psychiatrie adulte ou infantile. Seuls quelques-uns bénéficient d'une expérience prolongée en psychiatrie de l'adolescent.

Sur le plan du contexte général, le fait de prendre part à une expérience à son commencement et de s'intégrer à une équipe nouvellement constituée contribue fortement à l'intérêt du travail pour les thérapeutes. Sur le plan de la nature du travail, c'est principalement la *gestion de la crise*, de *l'intensité des émotions* autour de la tentative de suicide, qui est décrite comme l'un des aspects les plus passionnants du travail à réaliser. Viennent ensuite les *aspects psychodynamiques*, *l'approche psychanalytique* du vécu des jeunes suicidants et la recherche du *sens du geste suicidaire*, qui confortent les thérapeutes dans la *croissance en ce qu'ils font*.

4.2.2 Fonctionnement de l'unité et de l'équipe soignante

La mise en place de l'unité paraît avoir été caractérisée par une grande liberté d'action pour les professionnels amenés à y travailler. La médiatisation importante ayant accompagné l'ouverture de l'unité est unanimement perçue dans ses aspects positifs de libération de la parole sur le suicide des jeunes, de *lutte contre le tabou* que représente le suicide des adolescents. Cette importance accordée à la *transparence* des concepts et des pratiques implique également que soit inclus dans le mode de fonctionnement de l'unité le fait qu'*il n'y a rien à cacher*. Cette option de fonctionnement est perçue par l'un des thérapeutes comme susceptible de *susciter l'angoisse* chez certains collaborateurs de l'unité.

En ce qui concerne les ressources humaines de l'unité, tous les thérapeutes s'accordent à souligner la *bonne ambiance* qui règne dans l'équipe, le plaisir que les membres de l'équipe ont à travailler ensemble, la *cohérence* au sein de l'équipe *des valeurs et des buts* poursuivis. L'équipe infirmière est perçue comme étant majoritairement composée de professionnels *très solides narcissiquement, enthousiastes* par rapport à la participation qui leur est demandée, et *ouverts à la discussion* sur leur pratique. Plusieurs des thérapeutes se disent favorables à un essai du système de *l'infirmier-référent* (les infirmiers étant décrits comme *tous compétents mais pas interchangeables*), tout en trouvant difficile d'apparier infirmiers et jeunes dans le cadre de la gestion du fonctionnement quotidien de l'unité.

L'un des thérapeutes évoque les difficultés qu'ont pu éprouver certains soignants à affronter les moments creux de Noël et Pâques, au cours desquels l'effectif des patients accueillis à l'unité a atteint son plus bas niveau.

En ce qui concerne les modalités de l'admission des jeunes à l'unité, *l'évaluation* des jeunes patients *aux urgences* est considérée généralement comme une *voie royale*. Le plus souvent, les jeunes sont adressés par un médecin généraliste, par un pédiatre ou un membre de leur famille. Le fait que les demandes aient d'emblée davantage concerné la prévention des passages à l'acte que les suites de tentatives de suicide a surpris l'équipe thérapeutique, qui est bien en peine d'expliquer cette constatation. La question la plus cruciale est celle de savoir où vont les jeunes suicidants de la population générale : sont-ils uniquement pris en charge dans le cadre d'un premier recours, consultent-ils un médecin généraliste ou un pédiatre, ou échappent-ils à tout système de soins?

La question de la durée maximale du séjour des adolescents fait apparaître des dissensions au sein de l'équipe thérapeutique. Pour certains, la limitation du séjour à un mois présente le risque de briser le déroulement de la dynamique du suivi thérapeutique à l'unité. Pour d'autres, les séjours qui dépassent les quatre semaines signalent un problème dans la validité de l'indication du séjour à l'unité pour les jeunes concernés.

Qu'en est-il des changements souhaités ou suggérés par les thérapeutes ? Le dossier des patients est présenté comme devant subir d'importantes modifications. Il est en effet jugé *trop compliqué* dans sa présentation et comportant trop de rubriques différentes à compléter. Le règlement intérieur de l'unité semble devoir lui aussi être modifié, par exemple, en introduisant une *clause d'exclusion en cas de jet d'objets par les fenêtres*. Ces modifications pourraient cependant être rendues difficiles par le fait que le règlement intérieur actuel a été *approuvé par le conseil de surveillance psychiatrique*. Les problèmes posés par la présence d'un seul infirmier la nuit à l'unité sont également mentionnés par deux des thérapeutes, qui se demandent s'il serait possible de mettre en place des mesures destinées à améliorer cette situation.

4.2.3 Le vécu des adolescents à l'unité tel qu'il est perçu par les thérapeutes

Plusieurs thérapeutes se disent frappés du niveau extrêmement élevé de *souffrance* chez les jeunes suicidants, et du poids *terrible* de leur histoire personnelle. Selon l'un des thérapeutes, il existe une possibilité de s'appuyer sur leur sentiment de *solitude extrême* pour accrocher les jeunes au suivi thérapeutique.

L'unité est décrite à plusieurs reprises comme proposant aux adolescents suicidants un *cadre contenant*, qui expliquerait la *rareté des fugues* ou autres passages à l'acte. Cet aspect contenant du cadre thérapeutique entrerait en opposition avec la crise traversée par l'adolescent, les *émotions paroxystiques* ressenties par celui-ci venant s'inscrire dans un lieu où elles sont reprises et gérées de manière constructive. Le contrat passé avec les adolescents lors de leur admission à l'unité serait assez vite *intérieurisé* dans la plupart des cas et participerait de l'amélioration de leur état. L'un des thérapeutes estime que l'équipe thérapeutique est perçue par les adolescents comme particulièrement *garante du cadre du fait de la hiérarchie*, ce qui contribuerait à développer chez les jeunes une vision des médecins et psychologue *moins chaleureuse* que celle qu'ils peuvent avoir des infirmiers.

Le séjour des adolescents à l'unité est présenté par plusieurs membres de l'équipe thérapeutique comme un moment *exceptionnel, privilégié*, au cours duquel les adolescents sont *libres de parler* et sont *écoutés*, tout en étant *à l'abri de toute responsabilité* extérieure. Les adolescents sont décrits comme tendant à *sacraliser* les entretiens avec leurs thérapeutes, qu'ils investissent énormément sur le plan affectif. L'unité elle-même serait également très investie par les jeunes, qui *s'y sentent bien* et *y restent volontiers*, surtout quand ils s'intègrent à un groupe d'autres patients. Selon les thérapeutes; les moments les plus difficiles seraient les *repas* et les *groupes thérapeutiques obligatoires*. Le geste suicidaire d'un autre jeune à l'unité fait partie des thèmes à aborder immédiatement avec les jeunes dans le cadre du suivi thérapeutique, surtout dans la mesure où cet événement les confronte à leur propre *angoisse* de *l'anormalité* ou de *la folie*.

4.2.4 Le processus thérapeutique

Le déroulement du premier entretien est plusieurs fois présenté comme étant d'une importance capitale pour la suite; l'un des thérapeutes insiste plus particulièrement sur le fait qu'il s'agit surtout pour lui de montrer au jeune qu'il a *quelque chose à offrir* en terme de soutien.

Le suivi thérapeutique à l'unité est généralement perçu comme ayant un impact très positif sur les adolescents suicidants, les *effets de la parole thérapeutique* étant parfois immédiatement perceptibles dans les actes des patients. L'un des thérapeutes précise que la réussite du travail thérapeutique ne peut cependant pas être confirmée avant *un minimum de deux ans*. La prise en charge thérapeutique est décrite comme *plus facile* avec les jeunes ayant fait une tentative de suicide, qu'avec les jeunes ayant des idéations suicidaires, le plus ardu étant l'approche thérapeutique des adolescents présentant un *déni de leur tentative de suicide*. L'objectif à court terme de la prise en charge est une *relance du fonctionnement psychique* chez l'adolescent, le *parti pris* de l'approche thérapeutique étant selon l'un des thérapeutes

centré sur une tentative de *remuer* l'adolescent sur le plan psychologique. La méthode employée est celle d'un entretien thérapeutique quotidien ou tous les deux jours, le maximum se situant à 45 minutes tous les jours, et le minimum à 30 minutes tous les deux jours. Selon l'un des thérapeutes, la *maîtrise du transfert* est garantie dans le cadre de ce contact quotidien, le contre-transfert étant décrit comme *très parental*.

C'est l'équipe thérapeutique de l'unité, assistée des infirmiers, qui *fait le lien* entre la gestion de l'urgence et de la situation de crise, et la prise en charge individuelle des adolescents par un autre thérapeute à leur sortie de l'unité. Selon certains des thérapeutes de l'unité, le fait que les jeunes bénéficient d'un suivi thérapeutique intensif durant leur séjour à l'unité - 3 à 4 heures par jour si l'on ajoute aux séances avec les psychiatres et psychologue les entretiens formels ou informels avec les infirmiers - pourrait exercer un effet négatif sur leur *capacité à investir* un autre thérapeute à l'extérieur. Certains des thérapeutes de l'unité ont d'ailleurs recueilli des *doléances* de la part de ces thérapeutes extérieurs, à qui des jeunes de l'unité avaient été envoyés à leur sortie, et qui ont éprouvé les plus grandes peines à les engager dans le processus thérapeutique. L'un des thérapeutes de l'unité décrit la situation en disant que les jeunes ressentent l'impression de *passer de la première classe à la deuxième classe* en terme de suivi thérapeutique. Selon un autre de ces thérapeutes, ces difficultés de passage d'un thérapeute à l'autre seraient en fait à relier aux problèmes de *contre-indication* des séjours à l'unité, les jeunes qui éprouvent des difficultés à investir un thérapeute extérieur étant précisément ceux auxquels le séjour à l'unité était le moins indiqué, compte tenu de leur structure psychique. Par conséquent, une sélection plus judicieuse des jeunes accueillis à l'unité pourrait permettre de résoudre au moins partiellement ce problème.

Il existe également un *problème de débouchés* sur le plan thérapeutique, l'équipe de l'unité ayant parfois des difficultés à trouver un thérapeute auquel adresser les adolescents à leur sortie. La plupart des psychiatres et psychothérapeutes genevois, et en particulier ceux qui exercent dans le cadre d'une institution, ne semblent plus en situation de pouvoir accepter de nouveaux clients. Ces difficultés sont heureusement évitées dans tous les cas où l'adolescent est envoyé à l'unité par son propre thérapeute.

4.2.5 Difficultés du travail thérapeutique à l'unité

La plus importante difficulté semble résider dans le sentiment qu'ont les thérapeutes d'être constamment *sous pression*, et ce pour diverses raisons tenant à la fois aux enjeux de leur travail, au statut actuel de l'unité et au contexte thérapeutique.

Ces enjeux, qui dépassent selon l'un des thérapeutes les perceptions individuelles du travail à l'unité, sont essentiellement liés à l'idée d'un temps limité pour faire ses preuves : d'une part l'unité a été créée avec un horizon de vie de trois ans, d'autre part le protocole d'évaluation clinique inclut une mesure de l'atteinte des objectifs à trois mois. Plusieurs thérapeutes insistent sur leur impression d'être dans l'obligation d'*aller vite* et surtout de *réussir vite*, d'être rapidement capables de faire la preuve de l'efficacité des traitements, de vouloir *faire le mieux possible tout en se préparant constamment au pire*, c'est-à-dire à l'échec des efforts thérapeutiques, à la récurrence, etc.

Plusieurs des thérapeutes interrogés mentionnent l'existence d'une importante *surcharge de travail*, le suivi des patients supposant à la fois *un travail de crise et un travail clinique*, auxquels s'ajoute la gestion de problèmes d'ordre *médico-légal*. Répondre aux urgences, assurer des gardes, effectuer les admissions à l'unité, font également partie des tâches dévolues aux thérapeutes. Ces derniers déclarent être souvent dans l'obligation d'absorber le travail en excès dans le cadre d'*heures supplémentaires*, en week-end ou en soirée, ce qu'ils trouvent *très pesant* à long terme. Plusieurs thérapeutes évoquent le nombre important de réunions organisées dans le cadre de l'unité : deux par jour qui durent environ une heure chacune et *mobilisent à chaque fois beaucoup de monde*. Enfin, certains se sentent l'objet d'une forte pression de la part des responsables des programmes de recherche conduits dans le cadre de l'unité, pression qui accroît leur stress et leur donne l'impression de faillir à certains de leurs engagements.

Le fait que la majorité des thérapeutes travaillent à temps partiel accroît naturellement ces difficultés. Sur un plan plus qualitatif, certains thérapeutes font remarquer qu'il est conceptuellement

problématique d'envisager une gestion et un règlement des situations de crise dans le cadre d'un poste à mi-temps. L'un des thérapeutes dit éprouver parfois le sentiment de *ne pas être là quand il le faudrait*. Selon un autre, la *transmission des informations* pâtirait également de la présence des thérapeutes à temps partiel.

Selon l'un des thérapeutes, il existe une importante *disproportion entre le nombre de patients admis à l'unité et la réalité des chiffres* concernant les jeunes suicidants. Dans la période d'octobre 1996 à juin 1997, l'unité a connu deux creux de vagues en ce qui concerne l'effectif des adolescents : les jours autour de Noël et de Pâques, qui ont également correspondu à des périodes de moindre fréquentation des urgences à l'hôpital cantonal. Ces *temps morts* ont été une surprise pour l'équipe thérapeutique, qui s'attendait à une recrudescence des tentatives de suicide d'adolescents à ces périodes, comme cela s'observe en psychiatrie adulte. Cet anachronisme reste pour l'instant inexpliqué.

D'après l'un des thérapeutes, la différence entre la fréquence des tentatives de suicide chez les jeunes et le nombre d'adolescents adressés à l'unité tend à montrer que *l'unité ne remplirait qu'insuffisamment son rôle*. Toujours selon ce même intervenant, il semble qu'un important *travail de formation et d'information* doive être effectué en direction des groupes professionnels concernés, afin de *favoriser le transfert des jeunes suicidants* à l'unité. Ce travail contribuerait également à *lever le tabou* autour de la question du suicide.

Plusieurs thérapeutes soulignent la difficulté à travailler en situation de crise de façon quasi-permanente, ce qui leur pose plusieurs problèmes : d'une part, l'*intensité* de l'engagement personnel, qui est perpétuellement *à son maximum*, d'autre part, les *frustrations* liées à une *absence de suivi* à long terme de l'évolution des patients. L'un des thérapeutes évoque son inquiétude à l'idée de *faire des erreurs* lors de ses interventions en situation de crise aiguë, et son impression de n'avoir précisément *pas droit à l'erreur*. En lien avec sa crainte d'avoir un patient qui mette fin à ses jours, ce thérapeute évoque sa *hantise de la mort*.

La seconde difficulté du travail liée au contexte thérapeutique réside dans une définition encore floue des *contre-indications* au séjour à l'unité. Plusieurs thérapeutes soulignent la nécessité de *mieux les cerner* à l'avenir, en faisant une *meilleure évaluation* du fonctionnement psychique des adolescents. Au cours des premiers mois qui ont suivi l'ouverture de l'unité, ont été accueillis des jeunes présentant des *troubles graves de la personnalité*, et pour lesquels *aucune amélioration notable ne pouvait être attendue* dans un laps de temps de quatre semaines. Lors de leur séjour à l'unité, ces jeunes ont en quelque sorte été *mis à l'abri*, mais ont retrouvé à leur sortie des problèmes et une situation inchangés. Selon l'un des thérapeutes, il est nécessaire d'agir de façon plus rigoureuse sur ce point qui constitue un élément important de *dysfonctionnement de l'unité*. L'accueil de ces jeunes représente également un *motif de découragement pour l'équipe* dans la mesure où il demande un *investissement important sans résultats positifs*.

- Plusieurs thérapeutes soulignent le *surinvestissement* de l'unité et du personnel par les jeunes, ainsi que ses *effets pervers* sur les adolescents et le fonctionnement de l'unité. D'après les thérapeutes qui le mentionnent, ce surinvestissement a pour origine une *absence presque totale de frustrations* physiologiques ou psychologiques lors du séjour à l'unité : sur le plan physiologique, des aliments et boissons à volonté, des horaires de coucher, de lever et de repas extrêmement souples ou en tout cas facilement aménageables dans un contexte de mise en place d'une structure nouvelle; sur le plan psychologique, des infirmiers et thérapeutes *trop bons objets*, favorisant un *transfert massivement positif* à l'origine d'une *idéalisée* du lieu et des personnes, qui a des conséquences importantes sur le vécu des jeunes de leur séjour à l'unité, et les suites de ce séjour. L'un des thérapeutes décrit l'équipe infirmière comme étant *otage de la menace de suicide*, ce qui conduit les infirmiers à se montrer trop disponibles, *trop présents*, et à adopter une attitude *trop maternante*. La disponibilité excessive des thérapeutes est cependant également mentionnée par un autre thérapeute, qui souhaiterait que la possibilité de faire appel à un thérapeute extérieur dans certaines circonstances soit davantage utilisée. Cette impression est renforcée par la comparaison qui a pu être faite par l'une des responsables de l'évaluation avec le centre Abadie de Bordeaux : une visite effectuée sur place semble montrer que ce dernier centre, aux objectifs et à la population de patients similaires, propose un climat plus neutre et plus médicalisé.

Les thérapeutes ont identifié essentiellement trois groupes de conséquences néfastes de ce surinvestissement :

1. les jeunes, dont certains étaient *relativement autonomes* avant d'entrer à l'unité, éprouvent après huit à dix jours de séjour d'importantes difficultés à quitter l'unité ou à voir partir d'autres jeunes. Selon l'un des thérapeutes, on assiste, comme dans toute hospitalisation, à des *phénomènes régressifs*, mais qui se trouvent ici particulièrement forts et avec des *effets iatrogènes* pour la plupart des adolescents, peu d'entre eux parvenant à tirer un bénéfice de la régression qu'ils sont amenés à vivre à l'unité ;
2. l'idéalisation de l'unité rend difficile le retour à la réalité de la vie à l'extérieur, ce qu'un thérapeute résume en disant que *plus dure sera la chute* pour les jeunes à leur sortie ;
3. le surinvestissement de l'unité tend à s'opposer à un accrochage du jeune au processus thérapeutique dans lequel il lui est recommandé de s'engager à sa sortie, le thérapeute extérieur étant forcément perçu comme insuffisant.

Selon plusieurs thérapeutes, le cadre de l'unité serait *trop mobile* et surtout *trop perméable*, avec des *limites floues* conduisant certains jeunes à envahir l'espace privé de leur thérapeute (appels téléphoniques ou visites à domicile etc.). Deux autres questions liées au vécu des adolescents à l'unité devraient, selon les thérapeutes qui les soulèvent, *être opérationnalisées* et *devenir sujets de réflexion* : l'*isolement* à l'unité des adolescents ayant une problématique suicidaire, et le *risque de contamination* des jeunes présentant des idéations suicidaires par ceux qui sont passés à l'acte.

4.2.6 Le rôle de l'assistante sociale et l'approche des familles des jeunes suicidants

Selon les thérapeutes qui se sont exprimés sur cette question, la place de l'assistante sociale, telle qu'elle lui avait été assignée au départ, a été rapidement remise en question par les infirmiers. Ces derniers ont eu des difficultés à comprendre la dichotomie imposée entre la prise en charge des patients (gérée par l'équipe infirmière et thérapeutique) et celle des familles (gérée par l'assistante sociale). L'assistante sociale (qui a démissionné de son poste après quelques mois et a été remplacée) rapporte s'être sentie *en décalage par rapport à l'équipe*. Selon elle, ce sentiment de décalage a été aggravé par des *difficultés de communication avec l'équipe*, l'assistante sociale ressentant la nécessité de rencontrer les jeunes au sujet desquels les parents souhaitaient avoir son opinion, et les infirmiers ayant l'impression que des informations essentielles sur les familles leur échappaient.

L'assistante sociale souligne la difficulté à *répondre aux demandes* qui lui étaient formulées, de *faire avec les familles un travail social*, selon elle impossible à réaliser dans le contexte de l'unité. Elle estime que c'est à la fois la trop faible quantité d'informations qui lui étaient transmises concernant les jeunes, son incapacité à gérer les situations de manière efficace dans le cadre d'un véritable travail social, et l'obligation qui lui était faite de travailler dans l'*urgence* et la *précipitation*, qui ont pu entraîner l'*inadéquation* de ses réponses et l'*échec* de certaines de ses démarches, notamment dans le domaine de l'aide à la réinsertion des adolescents suicidants en difficulté sur le plan scolaire ou professionnel.

Cette assistante sociale propose plusieurs aménagements à son poste de travail, dans l'objectif d'améliorer l'insertion d'un travailleur social dans l'équipe de l'unité :

- un poste à temps plein, de préférence sous la forme de deux mi-temps de façon à pouvoir évoquer à plusieurs les cas rencontrés, et afin de faciliter la collaboration avec l'équipe ou le rattachement à la recherche ;
- l'élaboration d'un cahier des charges, à établir sous la forme d'un accord entre l'assistante sociale et l'équipe en place ;
- une fréquence plus élevée des échanges avec l'équipe infirmière et des entretiens avec le chef de service, de façon à mieux intégrer le travail social dans l'ensemble des démarches entreprises avec les jeunes.

4.2.7 Les difficultés à venir

Selon les thérapeutes qui se sont exprimés sur cette question, le fonctionnement actuel de l'unité laisse présager trois grands groupes de difficultés qui pourraient survenir ou s'aggraver dans l'avenir :

- le fonctionnement actuel de l'unité représente un *dispositif exigeant*, qui demande un investissement majeur à tous les infirmiers et thérapeutes, et pose à plus ou moins long terme le problème de *l'usure de l'équipe* ;
- les périodes de petits effectifs soulèvent le problème du caractère saisonnier du degré d'affluence à l'unité et imposent de s'interroger sur les possibilités d'*élargir* les indications d'entrée à l'unité, c'est-à-dire d'*ajouter aux adolescents suicidants ou dépressifs d'autres adolescents en crise* ;
- l'aggravation des difficultés de collaboration entre le secteur clinique et la recherche pourrait nécessiter *l'engagement d'un chargé de recherche ou d'un assistant supplémentaire*, de façon à décharger les cliniciens des tâches liées à la réalisation des programmes de recherche (présentation de questionnaires et autres).

5 ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES ADOLESCENTS

Rappelons que, par commodité et pour assurer l'anonymat des réponses, c'est le masculin qui sera systématiquement utilisé dans la présentation. Les citations littérales seront mises en italique.

5.1 LA VIE QUOTIDIENNE A L'UNITÉ

La plupart des jeunes évoquent sans s'y attarder leur admission à l'unité : envoyés par leur famille, leur médecin, leur thérapeute, ils sont à un moment donné mis en présence d'un infirmier et d'un thérapeute de l'unité qui leur *expliquent ce qui va se passer*. Un seul jeune a éprouvé le sentiment d'avoir été trompé : *on m'a parlé d'un petit appart' sympa où je serais avec d'autres jeunes alors qu'en réalité c'est comme un hôpital, avec des interdictions, des contraintes et des infirmiers partout*.

5.1.1 Le cadre

La moitié des jeunes affirment avoir plutôt bien accepté le règlement intérieur de l'unité : *j'ai accepté les règles; les horaires me convenaient, c'était les mêmes qu'à la maison*; il y a à l'unité une certaine liberté qui impose des contraintes, c'est normal quand on vit à plusieurs, je n'étais pas dérangé par ça. De même, les petites corvées type vaisselle sont généralement perçues comme acceptables, dans la mesure où elles s'inscrivent dans le fonctionnement communautaire de l'unité : *j'ai trouvé normal de participer; c'est normal que tout le monde participe; c'était pas gênant puisqu'on les faisait avec d'autres*. Seule une minorité de jeunes se sont sentis fortement contraints par le règlement en vigueur à l'unité : *les horaires étaient trop stricts, ça me pesait; je suis du genre tire-au-flanc*. Quelques jeunes rapportent avoir souffert des interdits liés à leurs consommations : *le plus dur, c'était l'interdiction de boire de l'alcool*.

Une majorité de jeunes ont gardé un souvenir enchanté du lieu et de leur chambre. Ces jeunes décrivent l'unité comme *accueillante, calme et chaleureuse*, un lieu *vachement agréable, voire luxueux, au confort impeccable*. Les chambres sont très appréciées, *super-belles, très jolies et bien installées, assez grandes pour qu'on ne se sente pas écrasé à l'intérieur*, en un mot, *chouettes*. Le sentiment de bien-être prodigué par le cadre provient en partie de son côté familial, qui donne l'impression d'être chez soi : *c'était comme une maison de famille; on se serait cru chez nous*. Un autre élément important est le fait d'avoir une chambre à soi : *j'avais ma chambre personnelle; en plus j'ai pu choisir ma chambre; j'avais un sentiment d'indépendance*. Certains jeunes ont accentué ce côté maison à soi en personnalisant leur chambre : *j'avais super-arrangé ma chambre, je l'avais remplie de photos; je n'ai pas décoré mais j'ai amené des fleurs pour me sentir chez moi; j'ai décoré avec des posters, le temps passait si lentement, j'avais besoin de me sentir chez moi*.

Cet investissement personnel du lieu a conduit certains jeunes à s'y attacher : *je ne voulais pas m'installer mais je me suis attaché aux lieux quand même*. Cet attachement a pu rendre plus difficile la séparation d'avec l'unité : *c'est bizarre de penser que ma chambre n'est plus ma chambre, qu'il y a là un autre jeune que je ne connais pas*. Certains des jeunes qui ont gardé un mauvais souvenir de l'unité l'ont au contraire perçue comme un lieu étranger et ne s'y sont jamais sentis chez eux, pour des raisons diverses : *j'aurais voulu passer plus de temps dans la salle de bains; il n'y avait pas la télé dans la chambre, donc on était obligé de descendre; il n'y avait pas assez d'endroits pour discuter confidentiellement*. Ces jeunes ont perçu l'unité comme froide et peu accueillante : *la chambre était mal décoré, froide; ça faisait trop hôpital*.

Mais la plupart des jeunes qui ont des remarques négatives à formuler concernant les lieux concentrent leurs critiques sur les barreaux aux fenêtres et la sensation d'enfermement qu'ils leur ont donnée : *il y avait une ambiance particulière à cause des barreaux; les barreaux sont difficiles à accepter, c'est une privation de liberté; les barreaux sont très gênants, on se sent enfermé; j'ai vu la barrière aux fenêtres donc j'ai été refroidi dès le départ; à cause des barreaux, la chambre était comme une cage sans chaleur*. La taille des fenêtres, *toutes petites*, et le manque

d'accès au balcon, *tout petit, sans lumière et sans vue*, renforcent cette impression d'enfermement prégnante chez certains jeunes.

Pour quelques adolescents, les barreaux ont contribué à une prise de conscience de l'attention portée à la situation particulière des jeunes accueillis à l'unité : *les barreaux font réaliser quand on arrive que c'est grave quand même*. D'autres se sentent mis au défi par l'importance accordée à la sécurité : *j'ai envie de dire, si je veux je peux*.

5.1.2 Les activités à l'unité

Lors de leur séjour à l'unité, la plupart des jeunes ont passé une partie de leur temps à écouter de la musique, souvent des *chansons tristes correspondant à leur état d'esprit* (garçons et filles rapportent des goûts musicaux différents pas toujours compatibles). Ils ont aussi joué à des jeux de société (qualifiés de *débiles* par l'un des jeunes) et regardé la télévision (activité au sujet de laquelle les opinions sont très partagées). L'un des jeunes soulève le problème de la présence conjointe de la radio et de la télévision en un même lieu. Les ordinateurs sont cités comme une activité intéressante par certains jeunes. D'autres ont apprécié les ateliers de peinture (*trop souvent annulés* selon l'un des jeunes), pour le plaisir pris à *dessiner avec les autres et discuter sur les dessins*.

Les visites de l'extérieur ont constitué pour certains jeunes des moments agréables rompant avec la routine de l'unité : visites des parents, des copains, du petit ami ou de la petite amie, qui font du bien et donnent le plaisir de voir des gens. Pour d'autres jeunes, ces visites étaient beaucoup moins attendues et appréciées, venant précisément rompre un isolement recherché : *j'aurais voulu me couper des autres personnes, les gens ne savaient pas comment être avec moi; les visites étaient un problème, ça créait de la frustration et des pleurs, j'aurais pu m'en passer; je n'avais pas très envie de voir les gens*.

Plus encore que la venue non souhaitée de visiteurs, c'est l'absence d'activités organisées, de loisirs, qui a gêné et perturbé une majorité d'adolescents. Les jeunes évoquent ainsi les journées très longues, le peu de choses à faire, l'ennui, le manque d'exercice physique. Ils aimeraient des activités qui réunissent les personnes, plus de thérapies de groupe pour s'occuper, plus de jeux et de sorties, plus d'occupations. Un petit nombre d'entre eux, bien que rapportant eux aussi le sentiment d'avoir souffert du manque d'activité, reconnaissent avoir eu par ce fait même une opportunité unique de réfléchir à eux-mêmes. L'absence d'activité organisée est ainsi présentée comme très adéquate en réponse à une vie quotidienne remplie de façon à ne pas pouvoir penser.

5.1.3 Les sorties

En dehors de quelques jeunes qui redoutaient de sortir de l'unité (*je ne supportais pas de sortir, les infirmiers me poussaient dehors*), tous les jeunes interrogés appréciaient la demi-heure de sortie autorisée : *j'ai pu aller voir ma copine; j'ai fait une sortie au Marché aux Puces, c'était bien*. Certains se plaignent cependant de ne pas avoir pu sortir seuls : *c'était embêtant de ne pas avoir le droit de sortir sans être accompagné; j'avais envie de faire les magasins, de marcher tout seul*. D'autres trouvent la durée de la sortie trop brève : *c'était trop limité pour aller boire un pot*. Certaines sorties, bien que très attendues, ont été décevantes : *je suis sorti un week-end pour mon anniversaire, je suis retourné chez mes parents, mais c'était pas une réussite*.

5.1.4 Les repas

Sur un plan très concret, les jeunes sont presque unanimes à décrier la qualité des repas. Seul l'un d'entre eux a trouvé ces derniers excellents et rapporte avoir très bien mangé à l'unité, notamment les desserts qui étaient très bons. Pour tous les autres, la nourriture était au mieux mangeable, pas dégueu, pas terrible ou pas toujours délicieuse, au pire, à chier, immangeable, qui sortait par les oreilles et donnait envie d'aller au Mac Do. Plusieurs commentaires décrivent les aliments comme froids et pas frais, donnant l'impression d'être du jour d'avant. Pour un certain nombre de filles, la nourriture posait des problèmes car ne correspondait pas à leur régime habituel : les repas, c'était un problème, je suis végétarienne; la cuisine était trop grasse, je surveille ma ligne.

L'ambiance autour des repas était diversement appréciée. Certains jeunes rapportent avoir apprécié la préparation et les moments des repas : on avait la possibilité de faire la cuisine, c'était un plaisir à partager; j'aimais bien les moments des repas; c'était bien de pouvoir prendre le déjeuner quand on voulait. Les autres n'en ont pas gardé un bon souvenir, soit à cause d'un sentiment d'isolement qui persistait au moment des repas (les autres avaient des réactions infantiles), soit à cause des tensions particulièrement perceptibles à ces moments de rassemblement forcé : les repas étaient très tendus, on avait envie de se balancer des trucs à la figure; c'était pas bien d'être obligés d'être ensemble aux repas, il y avait trop de discussions, trop de questions; souvent l'ambiance était tendue et quelqu'un pleurait. L'un des jeunes souligne cependant la variabilité de l'ambiance : les repas étaient très différents selon les cas, ou tout le monde était abattu, ou il y avait des moments très drôles.

5.1.5 Les soirées et les nuits

La plupart des jeunes rapportent avoir eu des problèmes de sommeil lors de leur séjour à l'unité. Ils racontent avoir éprouvé des difficultés à s'endormir, soit parce qu'ils ne ressentaient aucune fatigue (*je n'avais pas sommeil à 23 heures 30, j'avais fait la sieste pendant la journée; je faisais la sieste tous les après-midi, je n'étais pas fatigué*), soit parce qu'ils étaient occupés à *bien discuter* : *on n'était pas motivés pour se coucher et dormir; on avait du mal à se mettre au lit, on discutait bien et on n'était pas fatigués; on était bien partis pour parler donc c'était difficile d'aller se coucher*. Quelques uns rapportent des insomnies et des réveils nocturnes fréquents.

Au-delà des difficultés d'endormissement, une majorité de jeunes évoquent l'angoisse croissante dans le groupe le soir venu : on était beaucoup à être angoissés le soir, c'était pas le moment d'envoyer tout le monde au lit, on aurait pu rester au salon ensemble, tant pis pour les horaires; il n'y a pas assez de personnel le soir, avec tout le monde qui angoisse, c'était pas génial de gérer cette angoisse avec des médicaments, on nous donnait des médicaments à la place de s'occuper de nous. Afin de lutter contre cette angoisse, quelques jeunes consacraient une partie de leur soirée à téléphoner à quelqu'un ou recevoir une visite ou réfléchir tranquillement.

5.2 LE VECU DE L'HOSPITALISATION

Un peu plus de la moitié des jeunes décrivent les deux premiers jours sans contact avec l'extérieur comme *plutôt durs*, et ont eu le sentiment que *c'était long*. Ces impressions sont liées en partie à un sentiment de solitude : *je me sentais seul; j'aurais voulu téléphoner à mes amis; j'avais envie de parler à quelqu'un de connu*. L'interdiction de sortir ajoute à cela une impression d'enfermement, de mise en prison. Certains jeunes rapportent également la subsistance de leurs idées suicidaires qui prendraient au cours de ces deux jours la forme d'une obsession, avant de s'estomper par la suite.

L'autre partie des jeunes disent s'être sentis soulagés de cet isolement de 48 heures et avoir tiré parti de ce retrait de leur environnement habituel, soit pour *faire le vide*, soit pour *couper les ponts* avec leur milieu familial. L'un d'entre eux précise qu'il était psychologiquement *dans un tel état que ces 48 heures ont passé comme une flèche*.

Chez les adolescents rencontrés, l'appréciation de la durée totale du séjour reste très subjective, dans la mesure où un jeune resté un mois estime son séjour *trop court pour aller vraiment mieux*, et serait *bien resté plus longtemps*, tandis qu'un autre dont le séjour a eu une durée équivalente pense avoir *beaucoup progressé* et avoir tiré le maximum de profit de ce temps à l'unité. Certains ont dû rester quelques jours au-delà de la date prévue pour leur sortie, dans l'attente d'une place dans un foyer. L'un des jeunes dont le séjour a duré le plus longtemps rapporte avoir eu le temps de voir partir puis revenir un jeune suicidant, ce qui lui a fait une *impression bizarre*.

La réminiscence du vécu du séjour à l'unité provoque l'émergence de sentiments teintés positivement ou négativement, qui peuvent coexister à l'intérieur du discours d'un même jeune, et ne sont pas

mutuellement exclusifs, chaque souvenir heureux pouvant avoir un versant lié à une insatisfaction ou un malaise.

5.2.1 Un temps et un espace pour réfléchir et pour s'exprimer

La plupart des jeunes expriment d'emblée un sentiment positif lorsqu'on leur demande d'évoquer leur séjour à l'unité. Ils mentionnent la *bonne ambiance* qui régnait dans les lieux, le fait qu'ils se sentaient *en confiance*, avec l'impression de vivre un moment de transition, un *passage important qui amenait de l'espoir*, qui leur a fait *extrêmement du bien*.

Invités à préciser leur pensée, une bonne moitié des jeunes ont encore, plusieurs mois après leur départ de l'unité, un discours teinté d'une forte idéalisation du lieu et des personnes : *c'était comme si j'étais ailleurs, c'était le paradis, j'avais un sentiment d'égalité totale avec tout le monde; j'ai eu l'impression d'être de nouveau né, c'était comme un petit nid*. Plusieurs éléments concourent à ce sentiment : le fait d'être constamment entouré : *j'ai aimé être très entouré, bien entouré, c'est différent de la vie quotidienne où on est tout seul, il y avait toujours quelqu'un là*; une impression de vie familiale idéale : *j'avais l'impression d'être à la maison; je n'étais pas chez moi mais je me sentais comme chez moi; je suis sorti parce que j'avais atteint la limite, je ne voulais pas partir, j'étais comme chez moi*; un sentiment de liberté illimitée : *ici on peut tout faire*.

La possibilité de s'exprimer et d'être écouté participe également d'une manière importante au souvenir d'un sentiment de bien-être. Plusieurs jeunes évoquent une difficulté ou une peur initiales de s'exprimer, vaincues par l'attention dont ils ont été l'objet : *c'était permis de crier, de dire les choses, on était même incités à parler; avant j'étais très renfermé, je n'avais pas l'habitude de parler et d'être écouté, ça m'a fait du bien; là on m'écoute et on me comprend, j'avais peur de parler, mais ils sont venus vers moi*.

Dans le discours des adolescents, cette libération de la parole s'accompagne du sentiment d'avoir eu du temps pour réfléchir à leur situation et penser à eux-mêmes, sentiment qui est généralement connoté très positivement : *je me suis peu ennuyé, j'avais des trucs à faire dans ma tête; on a du temps pour se regarder en profondeur, penser à soi, ouvrir les yeux; on se retrouve face à soi-même, c'est dur mais ça fait du bien; on voit les choses plus clairement, avec du recul; on est confronté à ses idées, c'est pour ça que c'est bien que quelqu'un soit là tout le temps*. D'après les adolescents, ce temps de réflexion constructive a été rendu possible par leur isolement du reste du monde, exprimé parfois comme une métaphore du départ qu'aurait représenté l'accomplissement de leur projet suicidaire : *on vient à l'unité parce qu'on a envie de s'éloigner un peu de tout; on quitte tout, on coupe les ponts*.

Chez certains de ces jeunes, l'impression d'être libres d'attaches pesantes, la possibilité de s'exprimer et d'être écouté, a eu pour conséquence immédiate l'émergence de plusieurs sentiments nouveaux ou enfouis : l'envie de *se prendre en charge*; la capacité d'être *responsable de sa vie*, le *réapprentissage de choses toutes simples* (*prendre les choses de la vie quotidienne sans être tout le temps actif, sans courir*), et le *désir de vivre, par défi*.

5.2.2 Une adaptation difficile

Certains jeunes ont perçu l'atmosphère de l'unité comme *pesante*, ou se rappellent avoir éprouvé un *sentiment d'enfermement*, l'impression d'être *en cage*. Les reproches généraux les plus fréquents concernent le *manque d'informations* sur le déroulement de la journée à l'unité, jugé *déstabilisant*, et le fait que la vie y soit *trop bien réglée*.

Alors que quelques jeunes mentionnent un sentiment de solitude (c'était très dur car j'avais l'impression d'être très seul; mes copains m'ont manqué), d'autres évoquent leurs difficultés à s'adapter à la vie communautaire : *j'avais envie d'être moi-même, d'être tout seul*.

Ces difficultés d'adaptation au mode de vie en vigueur à l'unité se doublaient d'un malaise lié au sentiment d'être mis de côté, hors du monde et de la vraie vie : *j'avais l'impression d'être exclu de la vie qui continuait au dehors; j'avais l'impression d'être entre parenthèses; j'avais un sentiment d'exclusion; je voulais sortir pour profiter de la vie comme les autres*.

Une bonne moitié des jeunes soulignent les difficultés, voire la souffrance, qu'ils ont ressenties lors des inévitables séparations survenues au cours de leur séjour ou lorsque celui-ci a pris fin. Certains rapportent avoir souffert du départ des autres jeunes : c'est déchirant quand quelqu'un part. Plus nombreux sont ceux qui évoquent encore avec tristesse leur propre départ : au moment de partir, c'était très difficile; c'était dur de partir; j'avais peur d'y entrer mais une fois là je ne voulais plus en sortir; on m'a annoncé brutalement que je devais sortir. Ce difficile arrachement de l'unité provient du contraste entre un monde extérieur perçu comme inquiétant et sans chaleur, et le cadre sécurisant offert par l'unité : la sortie, c'était trop dur par rapport à ce que je vivais à l'unité; je me suis retrouvé dehors sans attache, complètement perdu; j'étais complètement déboussolé; j'étais déprimé parce que rien n'allait mieux; c'était comme si j'étais tombé à l'eau, on m'avait sorti, séché, et poussé dans l'eau à nouveau.

5.3 LES ASPECTS RELATIONNELS ET LE VERSANT THERAPEUTIQUE

5.3.1 Les relations avec les infirmiers

D'une façon générale, les infirmiers ont laissé un excellent souvenir aux adolescents, qui les décrivent comme *gentils, super, adorables et sympas*. Un jeune précise que les infirmiers étaient *toujours gentils, même si on leur gueulait dessus*. Plusieurs jeunes soulignent leur sentiment d'avoir été respectés, par l'évocation de petits détails tels que le fait de *frapper à la porte de la chambre avant d'entrer*.

La présence continue des infirmiers, nuit et jour, *7 jours sur 7, 24 heures sur 24*, a été très appréciée par une majorité de jeunes, d'autant plus que cette présence continue se doublait d'une véritable disponibilité à l'écoute. Plusieurs jeunes évoquent le bien-être qu'ils ont ressenti à se trouver face à une équipe *toujours là pour écouter et aider* (pour bien écouter comme le précise l'un des jeunes), à des infirmiers prêts à tout écouter, à qui ils pouvaient *parler ouvertement, même à 4 heures du matin*. Quelques jeunes se souviennent d'être arrivés à l'unité totalement repliés sur eux-mêmes, et s'être progressivement ouverts au dialogue : *j'étais enfermé dans un cocon que les infirmiers ont réussi à ouvrir; les infirmiers ne m'ont pas laissé rester dans mes idées noires, ils m'ont aidé à les sortir*.

Plusieurs jeunes évoquent le bien-être lié à la possibilité qui leur a été donnée par les infirmiers d'être *eux-mêmes, d'avoir toutes les humeurs qu'ils voulaient*. En ne leur faisant *jamaï de reproche, même s'ils étaient énervés ou tristes, en ne les jugeant pas*, ils leur donnaient *l'opportunité de se dévoiler davantage*.

Un petit nombre de jeunes ont trouvé la présence continue des infirmiers envahissante, dans la mesure où ils n'avaient *pas envie de leur causer*. D'autres n'aimaient pas que les infirmiers *changent tout le temps*.

Deux adolescents ont rapporté des sentiments franchement négatifs. L'un de ces adolescents a perçu les infirmiers comme peu concernés : *il ne fallait pas trop déranger les infirmiers pour leur demander quelque chose, ils n'en avaient rien à foutre; la télévision était allumée tout le temps, les infirmiers la regardaient; je n'ai pas senti que je pouvais leur parler; je ne les ai pas trouvés très responsables*. L'autre adolescent a regretté que l'investissement affectif des infirmiers n'ait pas été plus fort : *ils font sentir qu'ils ne sont pas des Mères Teresa ou des philanthropes; on voit bien qu'ils ne sont pas là pour le plaisir mais parce que c'est leur boulot*.

5.3.2 Les relations avec les thérapeutes

Le rythme des entretiens quotidiens a été vécu positivement par la moitié des jeunes environ. Pour ces jeunes, ces rencontres fréquentes ont permis à la fois de *faire sortir beaucoup de choses* et de *remettre les idées en place*. L'un des jeunes dit avoir eu un thérapeute aux très bonnes qualités d'écoute, *pas fouille-merde*, à qui il a *raconté ce qu'il retenait depuis des années*. Un autre se souvient que *tout était brouillon dans sa tête*, que *c'était dur de tout mettre en place*, mais qu'il a finalement *compris plein de choses*. La confidentialité des entretiens, qui se déroulaient dans un climat de confiance, était jugée très importante : *c'était bien de savoir que ça ne sortait pas d'ici*. La possibilité de voir son thérapeute tous les jours, voire *deux fois par jour quand ça n'allait pas*, était perçue très positivement. Plusieurs jeunes témoignent de leur attachement à leur

thérapeute de l'unité : *il était vraiment formidable, il était très humain, c'est dommage qu'il n'y ait pas eu de tutoiement; j'ai regretté de devoir le quitter; il m'a beaucoup apporté; il a touché le point sensible.*

Quelques jeunes rapportent avoir été perturbés par les incertitudes quant aux heures réservées aux entretiens thérapeutiques : *je le voyais tous les jours mais je ne savais pas quand et je n'aimais pas ça, je ne savais pas du tout comment m'organiser.* Du fait de l'irrégularité de ces horaires, certains jeunes disent avoir manqué des visites : *je sortais de l'entretien et j'apprenais que quelqu'un était passé me voir.* Un jeune fait mention d'un manque général d'organisation : *j'ai changé de psy en cours de mois, c'était un peu le chénit.*

Plus fondamentalement, un certain nombre de jeunes affirment avoir trouvé ces entretiens quotidiens pénibles, et ce pour plusieurs raisons : manque d'envie de parler (*il n'y avait que du silence et de la gêne, je n'en ai rien tiré, je n'étais pas prêt à dire ce qui s'est passé*) et souffrance liée à l'évocation de thèmes personnels douloureux (*les entretiens remuaient le couteau dans la plaie, les entretiens font trop réfléchir, il y a plein de choses qui ne vont pas et c'est dur de parler de tout ça*). Plusieurs jeunes font état de *moments durs* après les entretiens thérapeutiques où ont été abordés des sujets difficiles. Quelques jeunes doutent de l'utilité de ces rencontres quotidiennes avec un thérapeute : *on revenait toujours sur le même sujet, ce n'était pas très utile.* L'un des jeunes interrogés dit qu'il *aurait préféré avoir un thérapeute homme*, et regrette qu'on ne lui ait pas posé la question.

Tous les jeunes ont exprimé à l'égard des séances de thérapie de groupe une opinion négative, parfois en des termes de rejet très durs : *c'était complètement débile, c'est à supprimer, ça nous mangeait une heure de visite et ça nous embêtait beaucoup.* Plusieurs caractéristiques de ces séances leur ont laissé un mauvais souvenir : le silence : *ce groupe, c'était 50 minutes de silence, à chaque fois une heure de silence, un silence pénible, pendant une demi-heure personne ne parle, pas un mot, il n'y avait pas de communication;* l'attitude du thérapeute : *le thérapeute ne fait que reformuler comme un perroquet, c'était un écho de ce qu'on disait, on se serait cru face à un mur, c'était différent des entretiens où on avait de vraies discussions;* l'agressivité émergente dans le groupe : *ça cassait les bons moments, ça brisait l'entente dans le groupe; on sentait le malaise des autres, il y a eu une dispute générale, je me suis fâché avec un autre jeune;* la difficulté à communiquer dans ce contexte : *ça partait trop dans le vague, les sujets étaient trop compliqués pour moi.*

5.3.3 Les relations avec les autres jeunes

En ce qui concerne le nombre de jeunes présents à l'unité avec l'adolescent interrogé, il existe évidemment une importante variété de situations. Certains jeunes ont connu l'unité totalement pleine, d'autres s'y sont trouvés à deux. Une partie des jeunes ont vécu une certaine stabilité dans la composition du groupe, d'autres évoquent un *tournus important*.

La première impression est généralement celle de bons contacts avec les autres jeunes présents à l'unité, parfois évoqués comme des frères et soeurs idéaux avec lesquels on a plaisir à habiter.

Cette impression est liée à la perception d'avoir rencontré des alter ego, des jeunes avec qui l'on a tellement de points communs que l'on peut tout se dire en se comprenant parfaitement : *on discutait des heures avec les autres jeunes dans les chambres; on était tous du même âge donc on se comprenait; on n'avait aucune gêne pour discuter; j'ai parlé plus avec les autres jeunes qu'avec les adultes, on avait les mêmes préoccupations et les mêmes occupations.*

D'après les adolescents interrogés, ces longues discussions avec les autres jeunes leur apportaient un véritable soutien moral et les aidaient à lutter contre leur sentiment de solitude ou d'abandon : *les autres jeunes en faisaient parfois plus que les infirmiers, on s'occupait les uns des autres; on était dans son malheur mais on écoutait les autres, on se sentait moins seul; je me sentais distant mais solidaire.* Les envies suicidaires, la mort, les méthodes pour se suicider n'étaient pas exclues de ces discussions, les adolescents semblant se rapprocher autour de ces préoccupations communes.

Certains jeunes rapprochent les problèmes relationnels qu'ils ont rencontrés au cours de leur séjour à l'unité, des difficultés générales qu'ils éprouvent à côtoyer d'autres jeunes et à vivre avec d'autres jeunes : *je n'aime pas être avec d'autres jeunes.* Mais dans la plupart des cas, les aspects négatifs de la vie à

l'unité, en communauté avec des pairs, tiennent à deux raisons : des difficultés relationnelles ou de communication, et un rejet de l'image de folie renvoyée par les autres jeunes suicidants.

A l'origine des difficultés de communication, on relève que certains jeunes ont perçu les autres comme très différents d'eux-mêmes car très immatures : il y avait un problème de différence d'âge, j'étais plus âgé que tous les autres; ça m'a fait un choc le premier jour, c'était des vrais gamins, c'était rigolo et sympa mais j'étais pas à l'aise. D'autres rapportent des difficultés d'intégration : j'aidais toujours les autres mais personne ne m'aidait, c'était pas très sympa; il y avait de la violence, un manque de contrôle, j'ai pris une gifle par un autre adolescent.

Le rejet de l'image d'anormalité renvoyée par les autres jeunes est exprimé avec une angoisse encore vive au moment de l'enquête : j'avais pas envie d'être avec les autres, ils avaient tous l'air un peu fous ou bizarres, je me suis dit, où je suis tombé; j'avais l'impression d'être avec des fous, je voulais que rester seul dans ma chambre; la moitié pleuraient, la moitié étaient sous calmants; tous les autres jeunes étaient plus graves que moi dans l'autodestruction; il y avait toutes sortes de jeunes, un avec un discours bizarre; j'étais choqué par leur passé.

5.3.4 Les relations entre les familles et l'équipe soignante

La plupart des jeunes mentionnent une rencontre entre leurs parents (ou l'un ou l'autre de leurs parents) et l'un des membres de l'équipe de l'unité, généralement l'assistante sociale, mais il pouvait également s'agir du thérapeute du jeune ou d'un infirmier. La majorité de ces jeunes font peu de commentaires sur ces rencontres. Ceux qui ont quelque chose à en dire rapportent parfois un mauvais contact entre l'un de leurs parents et le membre de l'équipe : *ça s'est mal passé avec ma mère, elle trouve que le traitement est trop long*. Dans d'autres cas, les jeunes mentionnent les effets de ces rencontres parents-soignants, soit dans un sens positif (*mes parents ont changé avec moi depuis que l'infirmier leur a expliqué des choses*), soit dans un sens négatif (*ils ont dit à ma mère qu'elle était trop gentille avec moi et maintenant elle s'en sert contre moi*), soit en soulignant leur inutilité perçue (*ma mère a refusé de voir l'assistante sociale, mon père y a été tout seul, mais de toute façon, mes parents refusent de voir que je souffre*).

5.4 LES SUITES DU SEJOUR

5.4.1 Le vécu de l'après unité

Immédiatement après leur départ de l'unité, une partie des jeunes ont éprouvé ce qu'ils appellent un sentiment de manque, lié à une difficulté à changer de rythme et à reprendre contact avec la réalité : je ne faisais rien à l'unité, tout d'un coup j'ai retrouvé le rythme rapide de la vie. Par la suite, certains ont eu des pensées pour l'unité lorsqu'ils allaient mal : j'ai eu envie de téléphoner quand j'ai eu un problème, pour avoir un soutien; c'est génial de pouvoir appeler si ça ne va pas. D'autres ont effectivement repris contact, mais ce contact sans suivi a fait émerger un sentiment de frustration : j'ai téléphoné au centre, mais j'ai toujours des idées suicidaires; j'ai appelé trois fois en pleine nuit, mais j'ai eu un pincement au cœur parce que c'était ponctuel. Certains jeunes sont restés en contact avec des jeunes qui se trouvaient à l'unité en même temps qu'eux, dans des relations de soutien réciproque ou des relations d'aide à sens unique.

Pour certains, le passage par l'unité a provoqué un changement en profondeur de leur perception de la vie : je pensais que tout se payait dans la vie, j'ai changé d'avis, maintenant je pense au futur; maintenant je prends la vie comme elle vient. Quelques jeunes disent n'avoir jamais donné de leurs nouvelles parce qu'ils allaient mieux. Ils soulignent que le séjour à l'unité leur a fait du bien mais qu'ils n'ont pas envie d'y retourner.

Les suites à plus long terme de la reprise de contact avec le monde extérieur ont parfois été problématiques, généralement à cause de difficultés d'insertion scolaire ou professionnelle liées à une

constance des difficultés psychologiques : j'ai essayé de retourner au collège mais ça s'est mal passé; je ne supporte toujours pas de prendre le bus tout seul; je ne vais pas très bien, je pleure, je fais des crises de nerfs. D'autres jeunes ont vu leur vie prendre un tournant tout différent : j'ai signé un nouveau contrat d'apprentissage dans une branche qui me plaît vraiment; j'ai trouvé la bonne vague; je n'ai plus besoin d'aide, je me débrouille tout seul.

5.4.2 La compliance aux recommandations thérapeutiques

Tous les jeunes interrogés rapportent avoir reçu des recommandations quant à un suivi thérapeutique à l'extérieur de l'unité. Au moment de l'enquête, soit de trois à six mois après leur passage à l'unité, un certain nombre de jeunes étaient en traitement chez un thérapeute extérieur à l'unité (psychologue, psychiatre, psychothérapeute ou médecin généraliste). Ces jeunes encore en thérapie trois mois après leur départ de l'unité sont généralement satisfaits de cette relation thérapeutique : je suis bien avec mon thérapeute, les premiers entretiens m'ont donné la motivation; je suis suivi par un médecin vachement sympa; je me sens pris au sérieux; je me sens plus proche de mon thérapeute de maintenant que de mon thérapeute à l'unité, quelque chose ne passait pas. Quelques jeunes rapportent avoir d'ores et déjà perçu des changements associés à ce suivi thérapeutique : j'ai parlé pour la première fois avec mes parents parce que je me sentais protégé; j'ai appris des secrets de famille, que ma grand-mère était morte d'une tentative de suicide.

Plusieurs soulignent cependant que cette démarche leur demande des efforts : c'est difficile mais j'essaierai de ne pas abandonner; c'est difficile de tenir un emploi du temps précis; c'est dur de devoir raconter plusieurs fois son histoire. Le contexte thérapeutique est parfois présenté comme insatisfaisant, à cause d'un manque d'accrochage positif à la personnalité du thérapeute : je ne voulais pas un homme, je ne voulais pas celui-là; j'avais précisé que je voulais une femme et pas un homme, donc c'est un peu pénible; je veux arrêter et reprendre chez un autre, je n'arrive pas à lui parler; je n'arrive pas à lui faire comprendre ce que je veux; j'ai fait une nouvelle TS et je suis retourné en thérapie après avoir pris le temps de m'expliquer. Pour certains jeunes, l'absence de résultats immédiats participe de leur insatisfaction : la thérapie n'est pas motivante parce qu'il n'y a pas de résultat; je travaille donc je le vois seulement une fois par semaine, c'est pas d'une grande utilité; ça ne m'apporte aucune aide, j'ai toujours les mêmes problèmes, les mêmes sensations, les mêmes préoccupations; je ne fais que parler de mes problèmes sans les résoudre, alors j'y vais vraiment parce qu'on m'a dit d'y aller; on tourne toujours autour des mêmes sujets mais sans changement.

Une partie des jeunes rencontrés dans le cadre de l'enquête ont abandonné un processus thérapeutique commencé à leur sortie de l'unité, certains parce qu'ils n'en ressentaient plus le besoin : j'ai arrêté parce que ça va. Certains adolescents pensent pouvoir trouver ailleurs le soutien dont ils ont besoin : j'irais voir mes amis si ça n'allait pas. Certains disent avoir été découragés par les modalités pratiques jugées trop contraignantes : j'avais rendez-vous à 13 heures quand les copains étaient tous ensemble. Quelques-uns déclarent avoir d'autres soucis plus présents : je n'ai pas accroché parce que j'avais peu de temps, c'était la période des examens et je n'étais pas motivé, j'avais d'autres préoccupations. Une proportion non négligeable d'entre eux (environ la moitié des jeunes qui ont abandonné la thérapie) rapportent avoir mis fin à leur démarche thérapeutique en réponse au manque de soutien, voire aux injonctions, de leur milieu familial : ma famille a été une fois en thérapie familiale mais on n'était pas motivés; il y avait comme une coupure entre la psychothérapie et les personnes de mon entourage, je ne veux pas y revenir; on m'a dit d'aller voir un psychiatre, mes parents ont refusé mais je pense que j'en ai encore besoin, en même temps j'en ai pas très envie, c'est pas mon premier problème, je dois d'abord réussir mon année. Pour ces jeunes, c'est l'absence d'investissement parental qui semble donc avoir joué un rôle déterminant dans leur abandon de la thérapie.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Adolescents and Biomédical Research. Ethical Considerations. *Journal of Adolescent Health*, supplément de 1995.
2. Billebrahe U., Bjerke T., Crepet P. et al. Who/Euro Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures. Who, Copenhague, 1993.
3. Diekstra R.F.W. Suicide Behaviour in Adolescents and Young Adults : the International Picture. In : Tentatives de suicide à l'adolescence, Colloque du Centre international de l'enfance. Paris, Centre international de l'enfance, 1988, 39-50.
4. Granboulan V., Rabain D., Basquin M. The Outcome of Adolescent Suicide Attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1995, 91, 265-270.
5. Groupe de réflexion sur la santé des adolescents. Tentatives de suicide à l'adolescence, Colloque du Centre international de l'enfance, Paris, Centre international de l'enfance, 1988, 39-50.
6. Ladame F., Ottino J., Pawlak C. Adolescence et suicide. Paris, Masson, 1995.
7. Michaud P.-A. Des cris silencieux : épidémiologie, repérage et prévention des conduites suicidaires à l'adolescence. *Revue Suisse de Médecine/Praxis*, 1991, 42, 1145-1152.
8. Michaud P.-A. Violent Deaths among Adolescents in Switzerland. *Pediatrician*, 1985, 12, 28-33.
9. Michaud P.-A., Narring F., Dubois-Arber F., Paccaud F. Recherche romande sur la santé des adolescents de 15 à 20 ans. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 1993, 123, 40, 1883-1895.
10. Office fédéral de la statistique, Causes de mortalité par sexe et tranches d'âge séparés, 1980-1994, Berne
11. Pineault R., Daveluy C. L'évaluation. In : La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. Ed. Agence d'Arc, Montréal, 1986, pp. 411-466.
12. Rey C, Ferron C, Narring F, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland : prevalence, associated factors and comorbidity . *Acta Psychiatr Scand*. In Press
13. Schaffer D., Garland A., Gould M., Fischer P. et al. Preventing Teenage Suicide : a Critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, 27, 675-687.
14. Spirito A., Plummer B., Gispert M. et al. Adolescent Suicide Attempt : Outcomes at Follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992, 62, 464-468.
15. Trautman P.D., Stewart N., Morishima A. Are Adolescent Suicide Attempters Noncompliant with Outpatient Care? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 89-94.

7 ANNEXES (DISPONIBLES SUR DEMANDE)

1. Présentation du projet d'Unité hospitalière pour jeunes suicidants
2. Résumé du rapport de recherche du projet du FNRS 32-32198.91 (Genève) 1992-1995
3. Lettre de consentement
4. Questionnaire MINI
5. Validation du MINI (version 1995, DSM-IV)
6. Questionnaire d'adaptation psychosociale
7. Règlement intérieur de l'unité

EVALUATION DU PROGRAMME D'ETUDE ET
PREVENTION DU SUICIDE RATTACHE A
L'UNITE HOSPITALIERE POUR JEUNES
SUICIDANTS A GENEVE

*Françoise Dubois-Arber, Anne Chollet-Bornand,
Paule-Andrée Scheder*

TABLE DES MATIERES

Résumé	63
1. Introduction	65
2. Objectifs et fonctionnement prévu du Programme de prévention	65
3. Objectifs de l'évaluation	66
4. Méthodes	66
4.1. Evaluation de l'implantation des activités du programme	67
4.2. Evaluation de la permanence téléphonique	67
4.3. Evaluation de la satisfaction des professionnels qui ont utilisé l'unité hospitalière à des fins de prévention	67
5. Résultats	68
5.1. Implantation des activités du programme	68
• Octobre 1996 - décembre 1996	68
• Janvier 1997 - mai 1997	68
• Juin 1997 - octobre 1997	69
• Avenir	70
5.2. Permanence téléphonique	70
• Qui appelle la permanence ?	71
• Situations ou motifs à l'origine de l'appel	73
• Qui appelle avec quelle demande?	74
• Les appels concernant une situation liée au suicide	75
• Les appels non liés à une situation de suicide	77
• Par quel canal (information ou conseil) les appelants en viennent-ils à appeler la permanence?	78
• Age et sexe des personnes motivant l'appel	80
• Réponse donnée aux appels	81
• Suite prévue aux appels	83
• Entretiens avec des personnes ayant fait appel à la permanence téléphonique	85
5.3. Evaluation du fonctionnement de l'unité hospitalière auprès des collègues qui l'ont utilisée à des fins de prévention	86
• Rappel du contexte et méthode	86
• Résultats	87
• Remarques et suggestions	88

6. Conclusions et recommandations 89

- Annexe 1 BUTS DU PROGRAMME DE PREVENTION
- Annexe 2 FICHE DE RELEVÉ DE LA PERMANENCE TELEPHONIQUE
- Annexe 3 BILAN DES ACTIVITES DE PREVENTION DU SUICIDE
- Annexe 4 ORIGINE GEOGRAPHIQUE DE L'APPEL
- Annexe 5 APPRECIATION DES MEDECINS : RESUME DES REPONSES
- Annexe 6 LETTRES DE DEMANDE DE PARTICIPATION AUX INTERVIEWS DE FEED-BACK
- Annexe 7 QUELQUES ARTICLES DE PRESSE

RESUME

Le Programme d'Etude et de prévention du suicide, ouvert en octobre 1996, poursuit trois objectifs principaux

- mettre à disposition de ceux qui ont besoin d'aide (les jeunes, leur entourage et les professionnels qui s'occupent d'eux) un spécialiste facilement atteignable qui peut informer et proposer un soutien ou une aide ponctuels
- jouer un rôle de médiateur auprès des personnes ayant été confrontées à un suicide d'adolescent
- devenir un centre identifiable d'information et de documentation, ainsi que de formation des intervenants-clés auprès d'adolescents.

En un an, le programme de recherche et de prévention s'est fait connaître, dans le canton de Genève et au-delà, et son offre - information, appui aux intervenants et proches de jeunes en difficulté, formation, recherche - est utilisée de façon différenciée.

L'activité d'information, de prise de contact, menée intensivement dans les premiers mois a permis de tisser des liens avec le réseau des intervenants (du secteur médical, social, éducatif). Ces liens ont à leur tour ont généré des demandes d'appui ou d'intervention dans des situations de jeunes confrontés à une problématique de suicide.

La permanence téléphonique reçoit entre 20 et 30 nouvelles demandes par mois. Leur diversité témoigne du fait que cette offre nouvelle répond à un besoin non satisfait jusqu'à présent. D'autres demandes - collaborations à des projets ou des recherches, demandes de formation - sont souvent adressées directement à la responsable du programme de prévention. Relevons que le temps que requiert la réponse à une nouvelle demande est très variable, il peut aller de quelques minutes s'il s'agit d'une simple demande d'information à plusieurs dizaines d'heures si un suivi est mis en place.

Le système de transmission de l'information entre les différents répondants de la permanence fonctionne bien, de même que le système de rappel lorsque les demandes interviennent en dehors des heures de travail de la responsable du programme de prévention. Rares sont les situations où un suivi de l'appel ne peut être organisé. Les interviews menés avec des personnes ayant appelé la permanence mettent en évidence la satisfaction des usagers et l'adéquation perçue de l'intervention. En revanche, des dysfonctionnements dans l'organisation du suivi des patients à leur sortie de l'Unité hospitalière lorsqu'ils y avaient été adressés à titre préventif ont été relevés par les médecins ayant demandé l'hospitalisation et par la responsable du programme de prévention.

Les possibilités de consilium, voire d'intervention ponctuelle d'urgence sont utilisées par les professionnels (et parmi eux surtout par les intervenants non médicaux ou n'appartenant pas au milieu de la psychiatrie) et les proches de jeunes concernés. La demande est généralement fondée sur un besoin d'être épaulé, de recevoir une aide pour être à même de gérer une situation problématique, ce qui cadre bien avec la philosophie du programme de ne pas se substituer aux intervenants ou aux médiateurs. Relevons que l'intervention nécessaire dans ces situations requiert souvent une grande disponibilité, beaucoup de temps et une grande compétence clinique. Ce type de demande remplaçant de plus en plus les simples demandes d'information amène le programme de prévention aux limites de la saturation.

Les jeunes eux-mêmes font peu appel directement à la permanence, ce qui correspond aussi à ce qui avait été envisagé comme répartition des rôles entre la permanence et d'autres instances d'aide immédiate comme La Main Tendue ou les services d'urgence. Cependant, il est envisagé de diffuser plus largement le numéro de la permanence ce qui pourrait amener à une augmentation des appels émanant directement de jeunes concernés. Cette évolution pourrait poser problème, compte tenu des forces dont dispose actuellement le programme, d'autant plus qu'il s'agit d'un type de demande très différent de celui que gère actuellement le programme.

Les demandes de médiation - debriefing de groupe après des situations de suicide - sont encore rares, ceci étant peut-être dû à des craintes de faire appel à ce type d'aide ou à une méconnaissance de l'intérêt que peut représenter ce type d'intervention.

Les demandes de formation émanent de milieux très divers, sont souvent très spécifiques et liées à des confrontations antérieures à des problèmes de suicide ou de violence. Ce sont plutôt des demandes entrant dans le cadre de la formation continue des intervenants que de la formation de base.

Dans l'ensemble, on peut conclure que le programme de prévention

- se développe dans tous les axes d'intervention choisis, avec une dotation en personnel modeste pour l'ampleur du service fourni,
- répond à un besoin,
- est bien accueilli,
- a sa place dans le dispositif de prise en charge du problème du suicide chez les jeunes à Genève et plus largement en Suisse romande,
- devrait être poursuivi.

La diversification et la complexité croissante des demandes qui lui sont adressées vont certainement poser, à terme, des problèmes de surcharge. A cet égard il faut souligner que le type de dispositif mis en place requiert une expérience et des compétences, notamment cliniques, étendues, qui existent actuellement. Il sera indispensable de prendre en compte cet élément de qualification si l'on envisage une augmentation de la dotation en personnel.

1. INTRODUCTION

En octobre 1996, les Hôpitaux universitaires genevois ont ouvert une nouvelle Unité hospitalière pour jeunes suicidants, avec le soutien de la Fondation "Children Action". Cette unité fournit aux jeunes suicidants admis à la Division des urgences médico-chirurgicales (DUMC), un lieu de bilan et de soin afin d'aboutir, après un séjour de courte durée, à une prise en charge adaptée et coordonnée entre divers intervenants. Cette prise en charge a pour but de prévenir les récurrences de tentatives de suicide ou les suicides qui sont fréquents chez les jeunes ayant fait une première tentative⁵.

En complément de l'unité de soins et rattaché à elle a été créé un **Programme d'Etude et Prévention du suicide**, dont l'évaluation fait l'objet de ce rapport.

2. OBJECTIFS ET FONCTIONNEMENT PREVU DU PROGRAMME DE PREVENTION

Ce programme, complémentaire de l'Unité hospitalière, poursuit trois buts (voir en Annexe 1 le document du 20.5.96 détaillant les buts du programme de prévention):

1. Prévenir les effets négatifs de la nouvelle structure de soins (entre autres : éviter que la tentative de suicide devienne un moyen d'être pris en charge) par l'information et l'aide. Il s'agit de mettre à disposition de ceux qui ont besoin d'aide (les jeunes et leur entourage) un spécialiste facilement atteignable qui peut informer, mais aussi proposer une évaluation de la situation, voire une hospitalisation préventive;
2. Jouer un rôle de médiateur auprès des personnes ayant été confrontées à un suicide d'adolescent, de façon à faciliter le dialogue;
3. Devenir un centre identifiable d'information et de documentation, ainsi que de formation des intervenants-clés auprès d'adolescents dans les domaines de l'éducation et des soins.

Ce programme a débuté le 29 octobre 1996, avec une dotation en personnel de 0.75 poste, réparti sur deux personnes⁶. Il développe les activités suivantes:

permanence téléphonique⁷ de soutien et d'information. Cette permanence est atteignable 24 heures sur 24 et est assurée, en dehors des heures d'ouverture du programme de prévention (nuit, week-end), par les infirmier(ère)s de l'unité hospitalière. Cette permanence est principalement destinée aux professionnels (secteur médical, social, éducatif) pour les soutenir dans leur prise en charge de jeunes en difficultés, "à risque" de commettre une tentative de suicide. Elle est aussi à même d'offrir un soutien à l'entourage de jeunes en danger ou ayant fait une tentative de suicide ou un suicide. Elle peut proposer des médiations ou des interventions (consilium). La permanence est aussi un lieu de contact pour ceux qui recherchent de l'information ou cherchent une formation.

En principe, la permanence ne devrait pas être identifiée comme un lieu où les personnes en difficultés peuvent s'adresser directement et il a été prévu un dispositif de réorientation d'appels de ce type vers

5 Cette unité de soins a fait l'objet d'une évaluation, voir P-A. Michaud et al. Evaluation de l'Unité hospitalière pour jeunes suicidants de Genève. IUMSP. A paraître.

6 Période de démarrage avec un 50% seulement.

7 Aussi fax et e-mail.

"La Main Tendue" (no 143). Contrairement à La Main Tendue, les appels pris par le programme de prévention ne sont pas anonymes.

Il a été prévu que toutes les demandes d'aide soient suivies d'un rappel de suivi par la permanence quelques jours après la demande;

- **Activité d'information et de relations publiques.** Il s'agit surtout de se faire connaître des professionnels, mais aussi du public et des médias.
- **Activité de formation.** Le programme doit offrir, d'abord selon la demande, puis de façon plus structurée, des cours à diverses catégories de professionnels portant sur la problématique du suicide chez les adolescents et sa prévention.

3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les principales questions d'évaluation, durant la phase d'implantation (première année), étaient les suivantes:

- Comment le programme de prévention se fait-il connaître? Comment s'organise-t-il dans cette perspective? Par quels circuits (canaux d'information) les gens s'adressent à lui?
- Comment et par qui est utilisée la permanence téléphonique, quelles situations lui sont présentées, quelles demandes sont faites, quelles réponses sont données par la permanence, avec quels résultats à court terme?
- Comment la fonction de médiation se développe-t-elle? Quelles demandes lui sont adressées, et quelles réponses sont données?
- le programme joue-t-il un rôle de centre d'information et de formation?

4. METHODES

L'évaluation proposée est une évaluation accompagnante centrée sur l'utilisateur⁸. Elle s'est efforcée de collecter des données sur le programme qui puissent être directement utiles à son pilotage. Les méthodes et instruments ont été discutés avec l'équipe, des retours d'information organisés.

Cette évaluation était orientée sur la mise en oeuvre de ce projet durant la première année de son existence. Certains aspects de résultats à très court terme ont aussi été examinés (par exemple, satisfaction des usagers de la permanence téléphonique, suivi à quelques jours des cas ayant fait l'objet d'une demande à la permanence). Dans ce laps de temps, il n'était pas possible d'envisager de s'intéresser aux résultats finaux de ce programme, c'est-à-dire la diminution des premiers suicides ou des premières tentatives de suicide chez les jeunes ou encore la diminution des récidives.

Les différents domaines qui ont fait l'objet de l'évaluation et les méthodes utilisées sont indiqués aux points suivants.

⁸ Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Second edition. Newbury Park: Sage Publications, 1987.

4.1. ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

- analyse des documents produits par le programme (rapports d'activité);
- établissement d'un "cahier de bord" des activités du programme, tenu par la responsable du programme;
- réunions avec la responsable du programme et les personnes qui participent à la permanence téléphonique, portant sur l'implantation des différentes activités, les problèmes rencontrés et les moyens mis en oeuvre pour les résoudre. Ces rencontres en groupe (ou avec la responsable) ont eu lieu tous les 3-4 mois. D'autres contacts plus informels avec la responsable du programme ont été poursuivis entre temps. Le dernier entretien, de bilan, avec la responsable du programme a eu lieu à la fin du mois de novembre 1997.

4.2. ÉVALUATION DE LA PERMANENCE TELEPHONIQUE

- établissement d'une "fiche de relevé des appels téléphoniques" (voir Annexe 2) contenant des informations sur l'appelant, la nature de la demande, les propositions faites et les éventuelles mesures prises. Chaque appel a été relevé sur une fiche papier (et constitue un "mini-dossier" utilisable par le personnel de la permanence), puis saisi sur ordinateur pour le traitement statistique.
- dans la mesure du possible (avec l'accord de l'appelant), des entretiens de feed-back ont été menés après plusieurs semaines (max. 3 mois) auprès d'un échantillon des appelants, portant surtout sur l'adéquation perçue de l'intervention du (de la) spécialiste (une vingtaine d'entretiens téléphoniques prévus);

4.3. ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PROFESSIONNELS QUI ONT UTILISE L'UNITE HOSPITALIERE A DES FINS DE PREVENTION

Ce petit volet de l'évaluation (une dizaine d'interviews téléphoniques) a été inclus dans l'évaluation à la demande du mandant, après que les quelques premiers mois de fonctionnement de l'Unité hospitalière ont montré la proportion importante d'hospitalisations à but préventif.

5. RESULTATS

5.1. IMPLANTATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

Le programme a démarré officiellement à la fin du mois d'octobre 1996 avec une conférence de presse et une journée portes ouvertes (28.10 96).

La conférence de presse a eu un bon écho dans les journaux⁹ et dans les médias électroniques et a donné lieu à de nombreuses demandes d'informations (qui n'ont pas toutes été enregistrées dans le cadre de la permanence téléphonique). La clarification du rôle de la permanence semble avoir été efficace puisque les appels de nuit d'urgence sont restés exceptionnels de même que les appels de jeunes en situation de risque suicidaire.

5.1.1. Octobre 1996 - décembre 1996

Durant les premiers mois d'activité, l'accent a été mis sur les activités d'information et de contact avec des partenaires potentiels: hôpitaux, médecins praticiens (généralistes, psychiatres, pédiatres, etc.), services sociaux concernés (Service de protection de la jeunesse, Service santé de la jeunesse, Service du tuteur général, etc.), écoles, université, organisations diverses (Main tendue, associations de parents, Groupe sida Genève, etc.), médias.

La permanence téléphonique a reçu en moyenne une vingtaine d'appels par mois: une grande partie de ces appels se rapportaient à une problématique suicidaire et le suivi des appels a bien fonctionné (voir chapitre 5.2 Permanence p 19). Parmi les activités de prévention, c'est la fonction de médiation qui a été le moins sollicitée durant la première période.

Les autres activités (formation, recherche) ont démarré, quoique un peu moins rapidement.

La principale surprise de ces premiers mois fut certainement le fait que la moitié des hospitalisations dans l'Unité pour jeunes suicidants eurent un but préventif. Cette constatation a abouti à la décision d'inclure dans l'évaluation des interviews des médecins ayant adressé des personnes à l'Unité d'hospitalisation dans cette démarche préventive. Ces interviews ont eu lieu au minimum 3 mois après l'hospitalisation (voir chapitre 5.3) et avaient pour but principal d'apprécier la satisfaction des professionnels face à cette possibilité de prise en charge préventive.

Autre surprise: la notoriété du programme de prévention dépasse le canton. De nombreux demandes de conseil, d'information ou de formation proviennent d'autres cantons, principalement du canton de Vaud.

5.1.2. Janvier 1997 - mai 1997

Dans les mois suivants, la pression sur le programme se fait plus importante. L'activité se développe dans tous les domaines - information, prévention (permanence et interventions), formation et recherche - et déborde largement les frontières cantonales, ce qui pose des problèmes puisque la dotation en personnel prévue (0,75 poste) n'est pas encore acquise: seul le 50% de la responsable est occupé. Un assistant à 25% n'entrera en fonction qu'en octobre 1997.

Ce sont les demandes d'information et de formation qui augmentent le plus, notamment à la suite de la parution d'un article sur le programme dans le journal "Coopération". Durant cette période, ce ne sont

⁹ Voir en annexe 7 quelques articles parus durant l'année.

pas moins de 16 interventions publiques (sans compter les interventions auprès des médias) qui sont organisées. Elles touchent des publics divers, sous de multiples formes: par exemple¹⁰

- cours aux étudiants en médecine,
- séminaires avec des professionnels de la psychiatrie ou du domaine social
- présentation du programme aux médecins de la ville de Genève,
- intervention auprès d'éducateurs d'un foyer accueillant des jeunes avec des problématiques d'auto- et d'hétéro-agressivité,
- intervention "de debriefing"¹¹ au cours d'une journée de prévention dans une école d'apprentis qui a connu l'expérience d'un suicide quelques années auparavant.

Durant cette période, la coordination entre le programme de prévention et l'Unité hospitalière (échange d'informations permettant un suivi optimal des situations) sera le principal problème rencontré.

5.1.3. Juin 1997 - octobre 1997

Les fruits des efforts de communication et de prise de contact sont de plus en plus manifestes. Le programme est souvent sollicité pour des collaborations de recherche (en particulier au niveau international), pour la participation à des congrès ou des conférences ou pour la collaboration à des projets. Par exemple:

- demande de coordination de la part de la Main Tendue pour un projet national de prévention du suicide
- sollicitation de participation à une recherche internationale sur le suicide des jeunes (projet YESS: Young Europe Suicide Study) comparant divers pays à haut et bas taux de suicide.
- expertise du projet "Prévention du suicide" du Tessin

En ce qui concerne l'intervention, on note que le programme devient un point de référence. Les demandes d'information des différents intervenants permettent que se crée un dialogue (connaissance mutuelle) qui conduit dans un deuxième temps à des demandes d'intervention, souvent sous la forme d'un appui ponctuel dans des situations problématiques rencontrées par les intervenants du réseau.

- Exemple: après des contacts sous forme d'échange d'information et d'une conférence sur la violence, des travailleurs sociaux du cycle d'orientation de Genève reprennent contact pour solliciter de l'aide avec des indications très pertinentes. Il y a un effet boule de neige.

En ce sens, un des axes principaux de l'intervention du programme - épauler les intervenants dans leur prise en charge de jeunes avec une problématique de suicide sans se substituer à eux - connaît un intéressant développement, après une première période d'observation. A cet égard, la responsable du programme constate que les demandes d'appui proviennent surtout de collègues non-médecins ou de généralistes. Absence de besoin chez les confrères psychiatres / psychologues, inadéquation de l'offre pour eux, crainte de voir des patients accaparés par le programme, attente de voir le programme "faire encore ses preuves"?

Autre domaine d'intervention en augmentation: les interventions de crise. Il y en avait peu dans les premiers mois. Dans ce cas aussi, le programme veille à ne pas se substituer à d'autres intervenants. Il accueille les demandes, traite directement les cas urgents (par exemple en convoquant un adolescent pour évaluation de la situation par l'Unité Hospitalière en vue d'une éventuelle prise en charge) ou en adressant la personne à une consultation psychiatrique ambulatoire (Service médico-pédagogique, par ex.). Certaines évaluations dans des situations de crise où une hospitalisation ne semble pas justifiée peuvent être faites par la responsable du programme. Il peut aussi s'agir de situations où la personne

10 Voir en annexe 3 la liste des interventions de formation / information de janvier à octobre 1997

11 C'est à dire de discussion, de bilan.

concernée ne souhaite pas directement une consultation psychiatrique ou de demandes de second avis de la part de collègues (psychiatres ou non). En tout cas, il s'agit d'interventions ponctuelles.

Les interventions à la suite d'appels de proches de jeunes concernés par le suicide demeurent un axe important et stable. Dans ce cas, ce sont les familles ou les amis de jeunes qui appellent. Ces interventions demandent parfois beaucoup de temps, des contacts répétés, téléphoniques ou en consultation à l'Unité de prévention.

- Exemple, la mère d'un adolescent avec un risque suicidaire demande une aide parce que son fils refuse toute idée de consultation. La mère est prise en charge et soutenue et ce processus aboutit après quelques temps à une demande spontanée de consultation de la part du jeune homme

Certains appels sont parfois "atypiques", apparemment non directement liés à une situation de suicide ou sans demande d'aide immédiate. La responsable du programme souligne l'importance, dans ces situations, d'être disponible, d'apprivoiser, de laisser venir les demandes.

En revanche, les interventions de médiation pour des groupes - "debriefing" pour l'entourage à la suite d'une tentative de suicide ou d'un suicide de jeune - restent encore rares: deux ont été réalisées directement par le programme et 3 ou 4 organisées dans d'autres cantons. La responsable du programme se demande, en particulier à la suite de la demande d'une école - qui avait envisagé une telle intervention, en avait discuté avec le corps enseignant pour y renoncer finalement - si ce type d'intervention soulève encore des craintes, est considérée comme "risquée".

Les demandes de formation continuent. Il s'agit en général de demandes ponctuelles. Il n'y a pas pour l'instant de demande de formation à long terme, par exemple l'inclusion d'un module prévention du suicide dans la formation de base d'une catégorie particulière d'intervenants.

5.1.4. Avenir

Dans l'avenir proche (début décembre), on peut s'attendre à une augmentation des demandes, en particulier des appels téléphoniques émanant de jeunes concernés et de leur entourage. En effet, à l'occasion d'une campagne de récolte de fonds réalisée par la Fondation Children Action (au logo inspiré de l'action "Touche pas à mon pote"), sera diffusé par voie d'affiches le numéro téléphonique de la permanence. Le texte de l'affiche s'adressera toutefois plutôt à l'entourage des jeunes en difficultés qu'à eux directement.

5.2 PERMANENCE TELEPHONIQUE

Entre le 29.10 96 et le 25.6.97, 164 appels (= nouvelles demandes) à la permanence ont été enregistrés au moyen de la fiche de relevé. Certains appels brefs de demande d'information n'ont pas été relevés. Parmi les fiches à disposition¹², certaines ont été éliminées. Subsistent donc 156 fiches analysables.

La moitié environ des appels a lieu pendant les heures de permanence (le matin). Sur l'ensemble, 10 appels ont eu lieu le soir entre 18 et 23 heures. Un cinquième des appels sont qualifiés d'urgents: la plupart émanant de personnes concernées et de proches ou de professionnels médicaux. Sur les 10 appels reçus après 18 heures, 4 sont déclarés urgents. Il s'agit de 2 appels de psychiatres ou psychologues effectués entre 18 et 19 heures et demandant une hospitalisation pour des situations de risque de suicide, et de 2 appels de suicidants entre 19 et 21 heures, l'un un jeune de Genève pour qui une intervention d'urgence est organisée, l'autre une jeune de Lausanne qui dort chez ses parents et pour qui une solution de rechange est envisagée.

12 Une, initiée à double, a été éliminée du fichier. 7 autres, constituant des suivis d'autres fiches, n'ont été prises en considération que pour l'étude des suites données à la demande

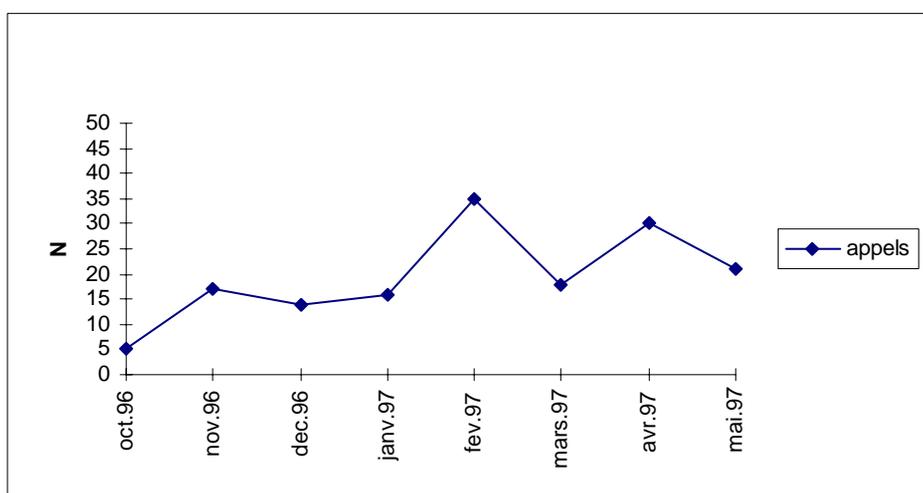
Le nombre moyen d'appels par jour est inférieur à 1 et varie de 0 à 8. Rappelons toutefois que certains appels n'ont pas donné lieu à l'établissement d'une fiche.

Entre novembre 1996 et mai 1997, on observe une légère augmentation en dents de scie des téléphones (graphique 1). Décembre et janvier sont les mois où les téléphones occasionnant de nouvelles fiches sont les plus rares, février et avril les plus fréquents. Aucune fiche n'est établie entre le 24 décembre et le 6 janvier.

Entre juin et octobre 1977, le nombre d'appel reste stable (entre 20 et 25 par mois en moyenne), avec une période creuse pendant les vacances scolaires (fiches non traitées pour ce rapport).

Selon la responsable du programme, le temps que requiert la réponse à une nouvelle demande est très variable, il peut aller de 20 minutes s'il s'agit d'une simple demande d'information à plus de 30 heures si un suivi est mis en place.

Graphique 1 Evolution des appels au cours du temps



5.2.1. Qui appelle la permanence ?

Tableau 1 Proportion de catégories d'appelants

Appelants	N	%
Familles, amis	53	34
Services sociaux	29	19
Milieus de formation	17	11
Suicidants	14	9
Psychiatres, psychologues	13	8
Médecins généralistes	11	7

Appelants	N	%
Autres	10	6
Services hospitaliers	4	3
Journalistes	5	3
Total	156	100

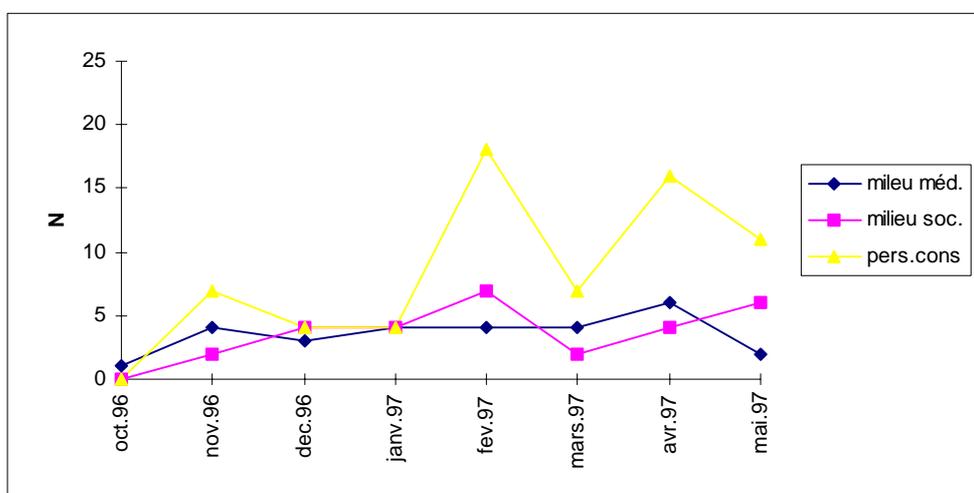
Parmi les catégories d'appelants relevées par les fiches (tab.1), ce sont les familles et amis (53 fiches, 34.0% des appels) qui contactent le plus souvent la permanence, puis les services sociaux (29, 18.6%).

Les appels provenant des milieux médicaux (11 appels de médecins généralistes ou internistes, 13 appels de psychiatres ou psychologues, 4 appels des services hospitaliers) représentent ensemble 17.9 % du total des appels.

Les appels de suicidants eux-mêmes (14) constituent le 9.0 % de l'ensemble.

Il est difficile d'établir une évolution de la situation au cours du temps compte tenu des petits effectifs (graph.2). Il semblerait toutefois se dessiner une augmentation relative des appels de personnes directement et personnellement concernées (suicidants, familles, amis).

Graphique 2 Evolution de la provenance des appels



Concernant la provenance géographique des appels, nous disposons d'indications sur l'origine géographique de l'appel pour 154 des 156 fiches (voir tableau a en annexe 4).

La grande majorité des appels (105, 67.3%) provient du canton de Genève. La moitié des appels restants est effectuée par des vaudois (25 appels, 16.0%). Le reste des appels est dispersé dans les divers cantons romands (Neuchâtel 4, Fribourg 5, Valais 1, Jura 1), alémaniques (Zurich 3, Berne 2, Bâle 2, Lucerne 1) ou au Tessin (1). Les frontières nationales sont également traversées, 4 appels proviennent de France.

Les 11 généralistes ou internistes appelant sont tous genevois. Les psychiatres ou psychologues sont 3 sur 13 à ne pas être de Genève. 2 services hospitaliers sur les 4 sont de Fribourg.

Parmi les 14 suicidants, 11 habitent Genève et 2 le canton de Vaud; pour 1 suicidant, nous ne disposons pas de cette information.

Les familles, en revanche, sont géographiquement plus dispersées. 28 d'entre elles, un peu plus de la moitié, résident dans le canton de Genève et 24 en dehors des frontières du canton: 13 appels proviennent du canton de Vaud, 3 du canton de Neuchâtel, 2 de Zurich et 2 de France, 1 du Valais, 1 du Jura, 1 de Fribourg et 1 de Berne.

Malgré leur petit nombre, une dispersion géographique encore plus forte s'observe pendant la période des relevés chez les journalistes, seul 1 sur les 5 habite Genève. Sans doute les journalistes genevois avaient-ils déjà pour la plupart participé à des conférences de presse sur l'Unité hospitalière (que nous nommons de l'abréviation UCA dans la suite du rapport: unité de crise pour adolescents) et la permanence.

Que près d'un tiers des appelants réside en dehors du canton de Genève nous a paru une proportion élevée. Nous nous sommes demandé si les appels concernant une situation en rapport avec un suicide (risque, tentative actuelle ou passée) offraient le même paysage géographique. Les 102 situations de suicide présentent une dispersion géographique fort semblable. Elles proviennent plus souvent de Genève (73, 71.6%), autant du canton de Vaud (17, 16.7%) et à peine moins de Suisse alémanique. Les 4 appels de France concernent de telles situations.

5.2.2. Situations ou motifs à l'origine de l'appel

Tableau 2 Fréquence des situations ou motifs à l'origine de l'appel

Situations et/ou motifs à l'origine de l'appel	N	% (156 appels = 100%)
Risque suicidaire	64	41.0
Situation post-tent. ou post suicide	35	22.4
Tentative actuelle	14	9.0

Demande d'information	73	46.8
Demande d'intervention	36	23.1
Demande de formation	13	8.3
Autre	8	5.1
Total des motifs à l'origine de l'appel	243	155.7

Sur les relevés des fiches, les motifs de l'appel pouvaient être multiples. En tout 243 motifs ont été relevés, soit en moyenne 1,6 motifs par appel.

Le motif le plus souvent signalé est une demande d'information qu'on retrouve dans 73 appels (46.8 %), soit près de la moitié des appels. Vient ensuite le risque suicidaire, mentionné dans 63 appels.

Signalons que sur les 36 demandes d'intervention, 32 sont liées à une situation de suicide, alors que 4 relèvent d'une toute autre situation: 2 sont des demandes d'aide pour un travail d'étudiant, 1 concerne une demande de collaboration et coordination avec un service social genevois (Service santé jeunesse); la dernière a trait à une situation non de suicide mais d'autres troubles psychologiques liés à la violence.

5.2.3. Qui appelle avec quelle demande?

Les "familles et amis", bien sûr fortement touchés par les situations liées de manière générale au suicide (voir tableau 3) constituent le groupe d'appelants le plus fréquemment concerné par une "situation post-tentative ou post-suicide".

Ex¹³: Un père apprend en décembre par une facture d'hôpital que sa fille de 18 ans a fait une tentative de suicide pendant l'été. Sa fille est toujours désemparée, il la trouve à risque et ne sait comment gérer cette situation. Rendez-vous est pris avec ce père pour 3 jours plus tard et au cours d'un entretien d'une heure il est recherché avec lui comment l'aider à discuter avec sa fille de sa tentative.

Un jeune téléphone à l'Unité hospitalière. Son amie a fait plusieurs tentatives de suicide, dont la dernière il y a trois jours. La relation entre lui et cette fille n'est pas simple, elle tient beaucoup à lui, lui est plus distant, et il craint de se sentir responsable d'une tentative de suicide.

Une mère téléphone, très inquiète pour son fils de 15 ans, d'autant plus que sa soeur, un peu plus âgée, a fait une tentative de suicide il y a deux ans. Le fils ne va plus à l'école, il travaillait, mais a arrêté. Il fume cigarettes sur cigarettes. Il a déjà été suivi en pédiatrie, mais ne veut plus y retourner.

Tableau 3 Catégories d'appelants et motifs de l'appel

Motifs appel	Risque suicidaire	Tentative actuelle	Situation post-tent ou post suicide	Demande info	Demande formation	Demande intervention	Autre	Total des motifs à l'origine de l'appel	Effectif par catégorie
Médecins gén. & internistes	6	2	1	4	0	2	0	15	11
Psychiatres psychologues	10	0	4	7	0	5	1	27	13
Services sociaux	7	1	5	20	3	8	2	46	29
Milieux de formation	4	1	1	9	6	3	1	25	17
Services hospitaliers	0	2	1	1	0	2	0	6	4
Suicidants	12	1	3	4	0	5	0	25	14
Familles, amis	24	7	19	17	1	10	3	81	53
Autre	1	0	1	6	3	1	1	13	10
Journaliste	0	0	0	5	0	0	0	5	5
Total	64	14	35	73	13	36	8	243	156
Milieux médicaux*	16	4	6	12	0	9	1	48	28
Suicidants + famille, amis	36	8	22	21	1	15	3	106	67

Note * : Les "milieux médicaux" regroupent les catégories d'appelants "médecins généralistes et internistes", "psychiatres et psychologues" et "services hospitaliers".

13 Tirés des notes de la fiche de relevé.

Mais d'autres types de personnes appellent aussi dans des situations liées (directement ou non) à un cas de suicide:

La police criminelle d'un petit canton alémanique s'inquiète du suicide de trois jeunes qui se sont suicidés de la même manière à un mois d'intervalle. La police souhaite comprendre cette épidémie et faire quelque chose pour l'enrayer. Mais elle ne voit comment intervenir elle-même dans le cadre scolaire pour faire de la prévention, les jeunes craignent trop la police pour qu'un discours venant d'elle puisse laisser des marques positives. Il leur est suggéré de prendre contact avec les enseignants. Il sera finalement convenu avec ces derniers que les enseignants assureront le débriefing avec l'aide de professionnels d'un grand canton voisin.

Dans un lycée français, un garçon de 12 ans s'est suicidé par pendaison. La direction du lycée, à la demande des parents d'élèves, prend contact avec l'UCA.

Un médecin cherche à qui adresser une mère très inquiète. Son fils est en fugue depuis 4 jours après avoir écrit une lettre avec menace de suicide. Il est décidé que le médecin proposera à la mère d'appeler la permanence, ce qu'elle fera. Plusieurs rencontres avec elle s'ensuivront.

Les demandes d'information émanent de toutes les catégories d'appelants: des deux tiers des services sociaux, de la moitié des milieux de formation ainsi que des psychiatres ou psychologues, du tiers des médecins généralistes ou internistes ainsi que des familles ou amis. Les 5 journalistes se limitent à ce type de demande.

Un tiers des appels des milieux de formation implique une demande de formation, demande qu'on retrouve faite par un service social sur 10.

A noter que si les milieux médicaux demandent souvent de l'information (42.9%), ils ne demandent jamais de formation. Il se peut fort bien qu'ils fassent ce type de demande directement à la responsable de la permanence, à d'autres occasions.

5.2.4. Les appels concernant une situation liée au suicide

Nous avons recherché quels étaient les appels motivés par un "risque suicidaire", une "tentative actuelle" et/ou une "situation post-tentative, ou post suicide" afin de repérer les situations liées à des cas précis (c'est-à-dire avec mention d'une personne suicidante ou suicidée). 102 des 156 appels (65.4 %) présentent une telle situation (tableau 4).

Tableau 4. Appels liés à une situation de suicide, selon les catégories d'appelants

Appelants	N appels	N situations suicide	% des situations suicide	% de situations de suicide dans la catégorie
Suicidants	14	13	12.7	92.9
Familles, amis	53	45	44.1	84.9
Psychiatres, psychologues	13	11	10.8	84.6
Médecins gén, internistes	11	9	8.8	81.8
Services hospitaliers	4	3	2.9	75.0
Services sociaux	29	13	12.7	44.8
Milieus de formation	17	6	5.9	35.3
Autres	10	2	2.0	20.0
Journalistes	5	0	0	0
Total	156	102	100.0	65.4

Les catégories qui contactent le plus souvent la permanence pour une situation de suicide sont, bien sûr, prioritairement les suicidants. Mais ces situations ne sont pas fréquentes

Un jeune homme de 19 ans qui a déjà fait une tentative de suicide il y a trois mois téléphone à la permanence à 8 heures du soir. Il a des idées suicidaires intenses. Il a bu de l'alcool pour pouvoir passer à l'acte. Il est seul chez lui. Il est d'accord de se rendre de suite à la DUMC. Mais il a trop bu pour s'y rendre seul. Des contacts sont pris avec SOS médecin. Finalement, c'est en ambulance qu'il parviendra à la DUMC.

Viennent ensuite les "familles et amis" et les "psychiatres ou psychologues", suivis de près par les "médecins généralistes ou internistes".

Globalement, les appels des milieux médicaux sont dans 82.1% des cas liés à une situation de suicide, alors que ceux émanant des suicidants ou des familles et amis le sont dans 86.6% des cas. Quant aux services sociaux, un peu moins de la moitié de leurs appels sont liés à une situation de suicide (44.8%).

Une éducatrice dans un foyer s'inquiète en particulier pour une jeune fille de 15 ans, mais aussi de manière plus générale pour tous les jeunes du foyer chez qui les tentatives de suicide ne sont pas rares. On répond à l'urgence concernant la jeune fille à risque, on prévoit également une rencontre avec les jeunes du foyer (qui durera plus de deux heures).

Les appels des milieux de formation sont liés à une telle situation dans un peu plus d'un tiers (35.3%) des cas.

Un enseignant contacte la permanence, car une de ses élèves souhaite faire un travail sur le suicide. Il aimerait qu'elle soit encadrée parce qu'elle se lance dans ce travail suite au suicide d'un ami. L'étudiante viendra voir la responsable du programme de prévention pour chercher de la documentation et, à cette occasion, il sera possible d'aborder avec elle la mort de son ami, ce qu'elle n'avait pu faire suffisamment jusque là.

L'appel en rapport avec une situation de suicide est assorti dans 1/3 des cas d'une demande d'intervention, dans un autre tiers d'une demande d'information, pratiquement jamais lié à une demande de formation. Les autres situations sont certainement des situations de conseil direct non formellement considérées comme une demande d'intervention (différée).

5.2.5. Les appels non liés à une situation de suicide

On peut s'étonner (tableau 4) qu'un appelant de la catégorie des "suicidants" et que 8 des 53 "familles ou amis" ne présentent aucune demande en rapport avec une situation de suicide. Pour quelles raisons alors contactent-ils la permanence?

Un homme de 37 ans téléphone un samedi en fin de matinée à l'Unité hospitalière. Sa demande est vague. Il a déjà consulté mais ne sait plus où. Il souffre de troubles de sommeil et de dépression. On lui fournit une réponse d'urgence et lui propose de rappeler deux jours plus tard. On ne connaît pas la suite.

Les 8 appels des "familles ou amis" qui ne présentent pas une situation en rapport avec un suicide exposent toutes des situations liées à une personne mais pas forcément au suicide. Il s'agit de 6 appels demandant conseil et aide pour une personne jeune avec des difficultés psychologiques apparemment non liées au suicide et de 2 appels faisant part de craintes par rapport à de jeunes enfants (4 ½ ans et 9 ans) qui parlent de mort ou font un chantage au suicide.

Nous avons également cherché à connaître les raisons des appels des autres catégories d'appelants qui n'étaient pas liés à une situation de suicide.

Deux médecins, tous deux genevois, n'appellent pas pour une situation suicidaire le font, l'un pour un besoin d'information, l'autre dans l'espoir d'obtenir une aide pour une jeune patiente avec psychose obsessionnelle et angoisses massives. Deux psychiatres/psychologues appellent l'un du canton de Vaud pour la coordination d'une action, l'autre du canton de Berne au sujet d'une patiente dépressive habitant Genève afin de savoir en quoi l'UCA pourrait lui rendre service. Un service hospitalier de la région de Fribourg recherche de l'information.

Les 16 appelants des services sociaux qui ne mentionnent pas de situation de suicide demandent principalement de l'information (dans 14 de ces 16 cas), essentiellement dans une optique boule-de-neige ou formation. 2 appels cependant sont effectués par rapport à des situations précises, l'un pour un jeune homme violent, l'autre pour une jeune fille déprimée.

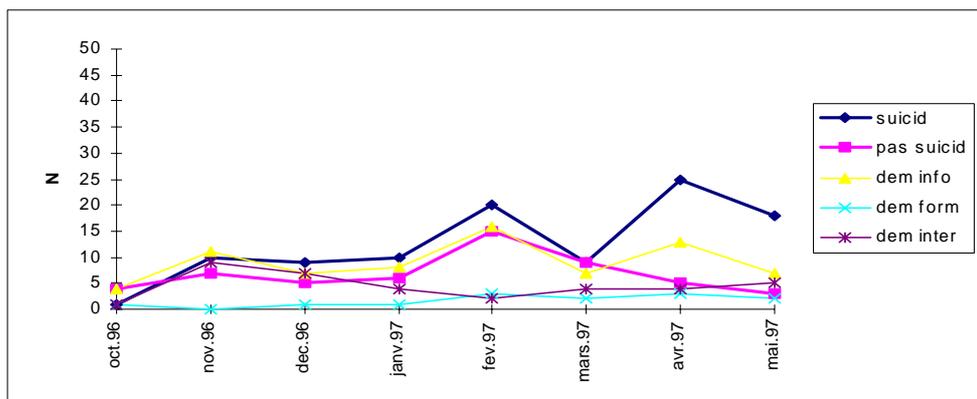
Onze appels des milieux de formation ne se rapportent pas à une situation de suicide: 6 concernent un travail fait par un élève ou un groupe d'élèves ou d'étudiants; 3 demandent une aide par rapport à une formation-information des enseignants eux-mêmes sur la problématique du suicide, 1 souhaite obtenir de l'information dans le but de la diffuser auprès des étudiants; 1 appel concerne une situation précise d'une personne en crise sans référence à une situation de suicide.

Parmi les 10 appelants classés sous "autre", 8 contactent la permanence sans situation suicidaire claire. 3 proposent leur aide bénévole ou une forme particulière de collaboration, 4 souhaitent de l'information ou de la formation, dans des cadres variés allant de la police neuchâteloise à des spectacles pour jeunes au Canada en passant par des conférences grand public pour adultes ou l'accompagnement de malades du sida; 1 appel présente une situation, celle d'un homme de 29 ans déprimé en conflit avec ses parents.

En tout, ce sont 15 situations précises impliquant des troubles psychiques non clairement liés au suicide qui sont évoquées par l'ensemble des appelants, soit le 9.6% des appels.

La représentation graphique des motifs d'appel montre une petite tendance à l'augmentation des appels liés à une situation de suicide, au dépens d'appels sans rapport avec une telle situation (Graph.3). Parallèlement, les demandes d'informations diminuent un peu, tandis que les autres demandes croissent lentement.

Graphique 3 Motifs d'appels (octobre 1996 à mai 1997)



Au sein même des appels liés à une situation de suicide, on n'observe pas d'évolution des types de situation motivant l'appel.

5.2.6. Par quel canal (information ou conseil) les appelants en viennent-ils à appeler la permanence?

Les appelants pouvaient indiquer qui ou quelle information reçue leur avait suggéré de contacter la permanence. La moitié des fiches (79 fiches, 50.6%) ne comporte aucune réponse à cette question.

Quand réponse il y a, la plus fréquente (35 fiches, 22.4%) se réfère aux media comme source d'information; 12 appels (7.7%) ont eu lieu sur le conseil d'un médecin, 13 (8.3%) sur le conseil d'autres professionnels (assistants sociaux, enseignants ou autres) et 17 (10.9%) sur d'autres conseils, principalement ceux, dans la mesure où une réponse a été enregistrée, de personnes connues personnellement, parents, amis ou autres relations.

Nous avons cherché à savoir si les suggestions de contacter la permanence variaient selon les catégories d'appelants (tableau 5).

Sur les 12 appels sur un conseil médical, 7 proviennent des milieux médicaux; les 5 autres sont le cas des familles ou amis.

Les services sociaux et les milieux de formation, qui ont pourtant souvent affaire à des suicidants, n'appellent jamais suite à un conseil médical; ils sont 4 à évoquer les "autres professionnels" et 10 les média.

Tableau 5 Origine de l'appel par catégorie d'appelant (ont appelé sur le conseil / l'indication de...)
(N)

Appelant	Origine	Aucune indication	Médecin	Professionnel autre	Media	Autre conseil	Total
Médecins généralistes, internistes		6	3	1		1	11
Psychiatres, psychologues		8	2	1	2		13
Services sociaux		18		2	7	2	29
Milieus de formation		12		2	3		17
Services hospitaliers		1	2	1			4
Suicidants		5			4	5	14
Familles, amis		23	5	6	11	8	53
Autres		4			6		10
Journalistes		2			2	1	5
Total		79	12	13	35	17	156

Toujours par rapport à l'information obtenue par les media, signalons que ni les médecins généralistes ou internistes, ni les milieux hospitaliers ne les mentionnent. Par contre 2 psychiatres ou psychologues s'y réfèrent, l'un domicilié à Genève, l'autre dans le canton de Berne.

Les familles ou amis se réfèrent aussi souvent aux media. Si 5 sont orientés vers la permanence par des médecins, 6 le sont au travers d'"autres professionnels" et 11 par les media.

Quant aux journalistes, 2 sur les 5 fournissent leur source d'information : les media.

Un appelant sur 10 (16 des 156 appelants, 10.3%) est connu du service (tableau 6). Rappelons que dans la mesure de nos possibilités, les fiches qui présentent des suivis d'autres fiches ont été mises de côté et ne grossissent donc pas le nombre des appelants "connus".

Paradoxalement, les appelants "connus" du service sont presque aussi nombreux que les "non connus" à fournir des indications sur la source du conseil à l'origine de leur téléphone. Par contre, alors qu'un quart des appelants inconnus se réfèrent aux media comme source motivant leur téléphone, les "connus" (à part une exception) ne s'y réfèrent pas.

On retrouve des "connus" dans toutes les catégories d'appelants (exception : les journalistes). Peut-être les "familles et amis" sont-elles proportionnellement moins nombreuses dans ce groupe. Mais n'oublions pas que les effectifs des "connus" sont restreints. A première vue, ils ne présentent guère de différences par rapport à l'ensemble des appelants.

Sauf une, qui est logique. Si un tiers (34,5%) des appelants "non connus" habitent hors du canton de Genève, les "connus du service" sont presque tous de Genève (exception: 1 vaudois et 1 sans indication).

Tableau 6 Nouveau cas (patients non connus du service) selon la catégorie d'appelant

Appelants	connus du service	non connus	total
Médecins généralistes, internistes	2	9	11
Psychiatres, psychologues	2	11	13
Services sociaux	3	26	29
Milieus de formation	2	15	17
Services hospitaliers	1	3	4
Suicidants	3	11	14
Familles, amis	2	51	53
Autres	1	9	10
Journalistes		5	5
Total	16	140	156

5.2.6. Age et sexe des personnes motivant l'appel

Ont été étudiés l'âge et le sexe des personnes motivant l'appel uniquement pour les 102 cas liés à une situation de suicide (tableau 7).

Plus de la moitié des appels (52,9%) concernent des jeunes de 15 à moins de 20 ans. Un quart des appels (26,5%) concernent le groupe âgé de 20 à moins de 25 ans.

Les personnes motivant l'appel sont en grande majorité de sexe féminin (64, 62.7%). Le sexe masculin constitue un peu plus du tiers du collectif (36, 35.3%) présentant une situation de suicide. Les appels concernant le sexe féminin concernent 6 fois sur 10 (39, 60.9%) des adolescentes de 15 ans à moins de 20 ans.

Tableau 7 Age et sexe des personnes motivant l'appel

Age	Sexe Masculin		Sexe Féminin		Sans indication
	N	%	N	%	
10-14 ans	3	8.3	2	3.1	
15-19 ans	15	41.7	39	60.9	
20-24 ans	10	27.8	17	26.6	
25-29 ans	6	16.7	3	4.7	
30 et plus	1	2.8			
Sans indication	1	2.8	3	4.7	2
Total	36	100.0	64	100.0	2

Le groupe des 15 à 20 ans est aussi celui où on retrouve le plus de jeunes garçons (15, 41.7%). Mais globalement, pour le sexe masculin, les appels concernant les jeunes de plus et de moins de 20 ans sont presque identiques (plus de 20 ans: 17, moins de 20 ans: 18), alors que pour le sexe féminin 41 filles ont moins de 20 ans et 20 seulement 20 ans ou plus.

En résumé, dans le collectif, les filles sont surreprésentées par rapport aux garçons; elles sont en général plus jeunes.

5.2.7. Réponse donnée aux appels

Sur les 156 téléphones, 87 (55.8%) ont été pris par la responsable du programme (MP), les autres appels ont été reçus par l'Unité hospitalière (UCA).

La grande majorité des réponses fournies sont des "réponses circonstanciées" (87, 55.8%). Viennent ensuite deux groupes quantitativement semblables: les "réponses d'urgence et rappel par la suite" (25, 16.0%) et les réponses où est "accordé un rendez-vous" (24, 15.4%). Les réponses impliquant une "orientation vers un service d'urgence" sont minoritaires (8, 5.1%) (tableau 8).

Nous avons cherché si les réponses données directement à la permanence téléphonique par MP et celles données par l'Unité hospitalière différaient.

Les réponses les plus fréquentes données par MP lors des 87 appels reçus sont des "réponses circonstanciées" (55, 63.2%); viennent ensuite les réponses où est "accordé un rendez-vous" (18, 20.7%); les autres types de réponses n'atteignent pas 5 %.

Dans les 66 appels reçus par l'Unité hospitalière, les groupes de réponses les plus fréquents sont également, quoique dans une proportion moins importante, les "réponses circonstanciées" (31, 47.0%); viennent ensuite les "réponses d'urgence et rappels par la suite" (20, 30.3%); 6 (9.1%) "rendez-vous" sont accordés et 5 (7.6%) appelants sont orientés vers un service d'urgence.

Tableau 8 Type de réponse donnée aux appels

	Total appels N	total appels %	Reçus par MP N	Reçus par MP %	Reçus par UCA N	Reçus par UCA %	sans indic. N
Réponse d'urgence et rappel par la suite	25	16.0	4	4.6	20	30.3	1
Réponse circonstanciée	87	55.8	55	63.2	31	47.0	1
Orientation service d'urgence	8	5.1	3	3.4	5	7.6	
Accordé rendez-vous	24	15.4	18	20.7	6	9.1	
Autre	6	3.8	3	3.4	2	3.0	1
Sans indication	6	3.8	4	4.6	2	3.0	
Nombre d'appels reçus	156	100%	87	100%	66	100%	3

Le tableau 9 indique le type de réponse donnée en fonction du ou des motifs de l'appel, pour chacun des répondants (la responsable du programme MP) et l'Unité hospitalière (UCA) pour les appels effectués en dehors des heures de permanence ou en l'absence de la responsable.

Rappelons que si une seule réponse pouvait être fournie par fiche, les situations ou motifs à l'origine de l'appel pouvaient être multiples. Les 123 motifs indiqués par la responsable du programme (MP) et les 115 indiqués par l'Unité hospitalière (UCA) concernent respectivement 87 et 66 appels, soit 153 des 156 téléphones reçus en tout.

Tableau 9 Quelle réponse pour quel motifs à l'origine de l'appel téléphonique?

	Réponse urgente et rappel	Réponse circonstanciée	Orientation service urgence	Accordé rendez-vous	Autre	Sans indication	Total
Risque suicidaire MP		18	2	7	1	1	32
Tentative actuelle MP	1	2	1				4
Situation après tent. ou après suicide MP	1	15		3			19
Demande information MP		24		9	2	1	36
Demande formation MP		3		4	1	1	9
Demande intervention MP	2	9		5	1		16
Autre motif MP		4		1		2	7
Total des motifs MP	7	74	3	29	5	5	123
	Réponse urgente et rappel	Réponse circonstanciée	Orientation service urgence	Accordé rendez-vous	Autre	Sans indication	Total
Risque suicidaire UCA	8	12	4	5	1	2	32
Tentative actuelle UCA	5	4			1		10
Situation après tentative ou après suicide UCA	3	8	2	1			14
Demande information UCA	8	24	2	2			36
Demande formation UCA	2	1					3
Demande intervention UCA	6	7	3	2		1	19
Autre motif UCA			1				1
Total des motifs UCA	32	56	12	10	2	3	115

Si l'on regroupe les types de réponses fournies aux appels mentionnant une situation de suicide (motifs "risque suicidaire", "tentative présente" et / ou "situation post-tentative. ou post suicide"), les différences entre les deux catégories de répondants restent les mêmes, c'est-à-dire plus de réponses circonstanciées lorsque le répondant est MP, plus de réponses d'urgence avec rappel prévu lorsque le répondant est l'Unité hospitalière.

MP et l'Unité hospitalière reçoivent également le même nombre de demandes d'information auxquelles il est répondu dans la même proportion par des réponses circonstanciées. Par contre MP accorde plus de rendez-vous à ces demandes, alors que l'Unité leur fournit plus de réponses d'urgence avec rappel prévu.

En bref, la proportion plus importante de réponses d'urgence avec rappel prévu - observée par rapport à l'Unité hospitalière - se retrouve, quels que soient les motifs à la base de l'appel. Il en va de même des proportions de réponses circonstanciées et de rendez-vous accordés, plus élevées (parfois égales), indépendamment du motif, lorsque le répondant est MP. Ceci dépend de l'organisation de la permanence et indique que l'UCA, tout en étant apte à fournir les réponses d'urgences ou circonstanciées quand c'est nécessaire, renvoie régulièrement les appels aux heures de fonctionnement de la permanence.

5.2.8. Suite prévue aux appels

Pour évaluer le mode de fonctionnement de la permanence et la manière d'envisager le suivi des appels, la fiche de relevé de la permanence comportait:

- une rubrique sur l'existence et le mode des suites prévues (qui comprenait la possibilité de détailler brièvement le contenu de cette suite pour mémoire).
- une rubrique, remplie lors d'un contact ultérieur avec l'appelant, indiquant brièvement le contenu de ce contact. Cette rubrique, non codée, n'a pas fait l'objet d'une analyse détaillée

Une fiche pouvait indiquer plusieurs "suites prévues" (voir tableau 10). Les réponses multiples sont rares. Pour les 156 fiches, 162 suites prévues sont indiquées au total. Signalons cependant que pour 8 fiches aucune suite n'est mentionnée et que pour 14 autres 2 suites sont mentionnées.

Tableau 10 Types de suites prévues

Suite prévue	Total appels N	Total appels %	Appels MP N	Appels MP %	Appels UCA N	Appels UCA %-	Sans indication
Le conseiller rappelle	30	19.2	7	8.0	22	33.3	1
L'appelant rappelle	46	29.5	29	33.3	16	24.2	1
Intervention	47	30.1	37	42.5	9	13.6	1
Autre suite	5	3.2	3	3.4	2	3.0	
Pas de suite	34	21.8	16	18.4	18	27.3	
Total des suites prévues	162		92		67		3
Nombre d'appels reçus	156	100%	87	100%	66	100%	3

Parmi ces 14 doubles suites, 6 prévoient à la fois un rappel du conseiller et un rappel de l'appelant, et 4 prévoient un nouveau contact téléphonique et une intervention. Précisons que le terme "intervention" peut se référer aussi bien à une entrevue de type thérapeutique qu'à un envoi de documents, une discussion ou un séminaire de formation.

Sur l'ensemble des fiches, deux sortes de "suites prévues" sont mentionnées le plus souvent: les suites où une "intervention" (47, 30.1%) est planifiée et celles qui prévoient que "l'appelant rappelle" (46, 29.5%). Lors d'un appel sur 5, il est prévu que "le conseiller rappelle" (30, 19.2%). A noter que pour 34 appels (21.8%), la demande peut être réglée de suite et aucune "suite prévue" n'a été décidée.

Si l'on considère les appels reçus par la responsable du programme (MP) et ceux reçus par l'Unité hospitalière (UCA), on constate des différences. Pour MP, la principale suite prévue est "l'intervention"

(37, 42.5%), ou un rappel téléphonique de l'appelant (29, 33.3%). Pour l'UCA, la principale suite prévue est, logiquement, un rappel téléphonique du conseiller MP (22, 33.3%) ou de l'appelant (16, 24.2%). A noter que, tant pour MP que pour l'Unité hospitalière, les appels pour lesquels aucune suite ne doit être prévue sont importants: 16 (18.4%) pour MP et, proportion plus importante, 18 (27.3%) pour l'Unité hospitalière.

Le tableau qui suit présente séparément les données concernant les appels reçus d'une part par MP à la permanence, d'autre part par l'Unité hospitalière.

Concernant les appels reçus par MP, les associations "réponse-suite prévue" les plus fréquemment observées sont :

- une réponse circonstanciée suivie d'un rappel prévu de l'appelant (22 fois),
- une réponse circonstanciée suivie d'une intervention prévue (18 fois),
- un rendez-vous accordé et une intervention (18 fois),
- une réponse circonstanciée sans suite prévue (14 fois).

Pour l'Unité, les deux associations les plus fréquentes sont :

- une réponse circonstanciée sans suite prévue (16 fois),
- une réponse d'urgence prévoyant que le conseiller rappelle par la suite (13 fois).

Qu'il s'agisse des appels reçus par MP ou par l'Unité, dans les deux cas, aucune suite n'est prévue principalement après une réponse circonstanciée.

Tableau 11 Suite prévue selon le type de réponse et de répondant

Réponse	Suite	MP Conseiller rappelle	MP Appelant rappelle	MP Interven- tion	MP Autre suite	MP Pas de suite	UCA Conseiller rappelle	UCA Appelant rappelle	UCA Interven- tion	UCA Autre suite	UCA Pas de suite
Réponse d'urgence rappel par la suite		3	3				13	6		1	1
Réponse circonstanc.		2	22	18	3	14	6	6	2	1	16
Orientation service d'urgence		1	2			1	1	1	1		1
Accordé rendez-vous				18				1	6		
Autre			1	1		1	1	1			
Sans indication		1	1				1	1			
Total		7	29	37	3	16	22	16	9	2	18

Nous avons cherché à savoir dans quelle mesure les "suites prévues" se déroulaient telles que prévues, dans la réalité. Mais les appels téléphoniques, les relations entre appelants et répondants ne se plient pas toujours à la logique d'une fiche, encore moins à celle d'un dépouillement informatisé.

Le tiers des fiches où il était prévu que le conseiller rappelle sont restées sans indication quant à la date où ce rappel a été éventuellement effectué. Un peu plus de la moitié des fiches où il était prévu que l'appelant rappelle sont restées sans indication quant à la date où ce rappel a été éventuellement effectué. Ceci correspondrait, par rapport à ce type de suite prévue, à 43 % de suites éventuellement non réalisées.

Cependant, autre manière de procéder, si l'on regarde quelles sont les fiches qui ne décrivent ni par un texte ni par une simple date la réalisation d'une suite prévue (après élimination des fiches indiquant qu'aucune suite n'est prévue), seules 11 fiches subsistent pour lesquelles aucune indication quant à une suite donnée n'est fournie. Ces 11 fiches pour lesquelles aucune suite ne semble avoir eu lieu, sans que cela ait été décidé et annoncé lors de l'appel téléphonique, constituent le 7 % de l'ensemble du collectif, ou le 9 % du collectif restant une fois soustraites les fiches annonçant "aucune suite prévue".

Le relevé régulier des appels de la permanence téléphonique au moyen d'une fiche a été jugé utile par le programme de prévention. Ce relevé continue, au moyen d'une fiche un peu simplifiée, qui correspond à un mini-dossier, permettant de transmettre de façon pratique l'information entre les divers répondants (Unité, UCA) et de garder une trace des appels et de leur suivi.

5.2.9. Entretiens avec des personnes ayant fait appel à la permanence téléphonique

Il avait été prévu d'inclure dans l'évaluation de la permanence téléphonique un entretien avec un échantillon de personnes ayant appelé la permanence. Pour préserver l'intimité des usagers et la confidentialité des données, il avait été envisagé de demander, au moment de l'appel et à la fin de celui-ci, l'accord des personnes appelantes pour être éventuellement rappelées plus tard par un des chercheurs dans le cadre de l'évaluation, afin d'apprécier leur satisfaction du service offert par la permanence. Une rubrique "consentement" figurait sur la fiche de relevé. De fait, il s'est avéré qu'il était bien difficile de proposer un tel rappel au moment de la première prise de contact avec la permanence. Il a donc été proposé à la responsable du programme de dresser une liste de personnes pour lesquels une intervention avait eu lieu à qui il lui semblait possible de demander l'autorisation d'être contactées par les évaluateurs. 35 noms ont été proposés, dont 15 ont été tirés au sort. Ces 15 personnes ont reçu de la responsable de la prévention une lettre présentant l'évaluation et sollicitant leur collaboration (cf. annexe 6). Cette lettre les invitait à manifester leur éventuel désaccord dans un certain délai, passé lequel il serait considéré qu'il y avait accord tacite. Deux d'entre elles ont fait savoir qu'elles ne désiraient pas être contactées pour l'évaluation. Sur les 13 personnes restantes 7 ont pu être contactées et interrogées.

Ces 7 personnes ont fait appel à la permanence téléphonique du programme de prévention du suicide entre novembre 96 et mai 97. Il s'agit soit de parents de jeunes concernés par le suicide (4 mères, 1 père), soit de travailleurs sociaux (2 assistantes sociales). Tous les appels sont venus du canton de Genève, sauf 1 de celui de Neuchâtel.

L'existence de la permanence téléphonique a été découverte suite à la lecture d'un article de presse par 4 personnes. Deux ont été renseignées par leur médecin et 1 avait reçu l'information adressée aux travailleurs sociaux genevois.

Trois mères ont appelé pour être renseignées face au risque suicidaire d'un de leurs enfants. Une mère a appelé pour savoir quelle attitude adopter en famille en présence de la tentative de suicide actuelle de sa fille. Un père était inquiet pour son fils dont le meilleur ami s'est suicidé. Les 2 assistantes sociales ont appelé pour des jeunes à risque en vue d'interventions futures.

Toutes les personnes interrogées ont été réellement satisfaites des réponses reçues, de la rapidité des rappels téléphoniques et/ou des interventions. Une seule personne déclare avoir été reçue d'une manière jugée froide et sans empathie lors de son premier appel (unité hospitalière) où il lui a été répondu que sa demande ne correspondait pas au cadre (suicide d'un ami de son fils). Cette personne a été rappelée par la suite par la responsable du programme et s'est montrée très satisfaite de l'intervention.

Plusieurs remarques positives ont été formulées. Des parents ont souligné l'importance de trouver une écoute attentive de la part de personnes qui connaissent le comportement des adolescents. L'accueil très chaleureux et rassurant a également été apprécié, de même que la brièveté des délais de prise en charge et de réponse. Deux mères ont reconnu l'utilité des conseils reçus, comme le fait de parler ouvertement du suicide avec leur fils ou leur fille : "D'avoir mis des mots sur le problème du suicide a provoqué un déclic positif". Une assistante sociale a l'impression d'être plus attentive aux idées suicidaires des jeunes qu'elle rencontre depuis qu'elle connaît le programme.

Au chapitre des remarques, la diffusion la plus large possible du numéro de téléphone de la permanence vient au premier plan. "Trop peu de gens connaissent ce numéro", "Il est important que les jeunes sachent que ce lieu existe", "Il faudrait faire plus de publicité et donner une information à tous les médecins de famille".

La femme qui a appelé du canton de Neuchâtel souhaiterait la présence de telles unités dans tous les cantons. Une assistante sociale regrette qu'il n'existe rien de comparable pour les gens de plus de 22 ans. Cependant, elle est très reconnaissante qu'on lui ait toujours répondu, même pour des jeunes plus âgés.

Une mère pense qu'il faudrait absolument "faire quelque chose avant que les jeunes aient des idées suicidaires".

Une dernière personne a été choquée par la frontière et l'absence de communication qu'elle a ressenti entre le service de urgences (DUMC) et le programme de prévention du suicide.

En conclusion, ces quelques interviews téléphoniques réalisés en majorité auprès de parents de jeunes concernés ont permis de dialoguer avec des gens très reconnaissants de l'aide qu'ils ont reçue. Le travail réalisé par la permanence téléphonique semble très apprécié par ceux qui ont eu l'occasion de la tester et tous les messages vont dans le sens du souhait d'une poursuite et d'un développement de cette activité.

5.3. EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE HOSPITALIERE AUPRES DES COLLEGUES QUI L'ONT UTILISEE A DES FINS DE PREVENTION

5.3.1. Rappel du contexte et méthode

Dans le cadre de l'évaluation des activités de l'unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, il nous a été demandé de recueillir l'avis des professionnels (médecins et psychiatres) qui ont utilisé l'unité hospitalière à des fins de prévention pour un de leur patient. Rappelons que l'évaluation des résultats de l'intervention de cette Unité est conduite par l'équipe du Pr. Michaud de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Cette étude comporte un suivi à trois mois des patients hospitalisés. Comme une partie non négligeable des hospitalisations à Genève ont poursuivi un but préventif (pas de tentative de suicide comme motif d'entrée), le programme de prévention souhaitait avoir un feed-back des médecins qui ont utilisé l'Unité d'hospitalisation à but préventif. Ce bref retour d'information devait avoir lieu dans les quelques mois (3 mois min.) suivant l'hospitalisation.

Il s'est agi de leur demander, lors d'un bref entretien téléphonique basé sur un guide d'entretien¹⁴, comment ils avaient appris l'existence de l'unité hospitalière, pour quel type de patient et dans quel but ils l'avaient utilisée. Plusieurs questions concernaient la collaboration avec l'équipe de l'unité hospitalière, notamment pour savoir si les médecins avaient l'impression de rester partie prenante du

14 Construit en collaboration avec l'Unité de prévention.

traitement, s'ils étaient suffisamment informés des décisions prises durant le séjour (traitement, prise en charge ambulatoire future, sortie de l'unité)¹⁵.

Les coordonnées de 14 collègues ayant hospitalisé un ou plusieurs patients à titre préventif dans l'unité de crise pour adolescents et jeunes adultes nous ont été communiquées (cf. annexe 6).

Entre le 19.06.97 et le 18.08.97, 10 d'entre eux ont pu être interviewés par téléphone. Les autres n'ont pu être atteints pour différentes raisons : congé maternité (1), a quitté le service (1), congé maladie (2).

Parmi les 10 personnes interviewées, on trouve 6 psychiatres (dont 4 personnes collaborant très régulièrement avec l'unité), 1 médecin généraliste, 1 pédiatre et 2 médecins assistants. Tous exercent dans le canton de Genève.

5.3.2. Résultats

Exception faite des 4 personnes collaborant très régulièrement avec le programme, les médecins ont appris l'existence de cette dernière par les informations générales données sur l'organisation de la psychiatrie à Genève (3), par connaissance personnelle des collaborateurs (2), ou par l'intermédiaire d'un psychiatre (1).

Cinq de ces 6 médecins avaient l'impression de posséder suffisamment d'informations sur l'unité hospitalière. Un médecin assistant aurait par contre souhaité mieux connaître son fonctionnement avant d'y adresser un patient.

L'unité hospitalière a principalement été utilisée comme lieu de décharge face à des situations de crise, pour lesquelles une prise en charge ambulatoire n'était plus suffisante. Les aspects d'évaluation et d'encadrement ont également été plusieurs fois mentionnés.

L'admission dans l'unité a permis d'éviter des hospitalisations inadaptées en milieu psychiatrique adulte ou pédiatrique dans plusieurs cas (6). Une patiente aurait probablement été placée en famille d'accueil si l'unité n'avait pas existé, un autre aurait été suivi ambulatoirement. Deux médecins ne savent pas où ils auraient adressé leur patient dans un tel cas.

Concernant le type de patients hospitalisés, 7 étaient connus par les médecins (médecin de famille, en thérapie ou en évaluation) alors que 3 ont été adressés par des services d'urgences (permanences, urgences psychiatriques).

A la question "avez-vous été satisfaits de la collaboration suite à l'hospitalisation de votre patient ?", 7 personnes ont répondu clairement oui : les 6 psychiatres et un médecin assistant. Un médecin généraliste regrettait de n'avoir eu que trop peu de feedback et 2 médecins (pédiatre et médecin assistant) avouent ne pas avoir été satisfaits de la collaboration, par manque ou même absence de communication (voir ci-après).

Le désir de rester partie prenante du traitement est variable d'un médecin à l'autre, selon le type de pratique qu'il exerce. 4 médecins ne souhaitaient pas avoir une part active au traitement pendant la phase hospitalière (1 généraliste, 2 assistants et 1 psychiatre d'un service d'urgences). Pour les autres, 4 se sont montrés satisfaits à ce niveau, alors que 2 regrettent de ne pas avoir pu rester partie prenante.

Pour ce qui est des projets de prise en charge et de traitement discutés pendant l'hospitalisation, 9 personnes sur 10 souhaitaient être informées des décisions principales prises à ce sujet durant le séjour à l'unité. Le seul qui ne le souhaitait clairement pas appartient à un service d'urgences.

Cinq de ces 9 médecins (tous les psychiatres) ont été satisfaits des informations reçues, 2 ont l'impression d'avoir été mis au courant de manière adéquate mais trop tard, et 2 autres déplorent n'avoir été informés de rien. Ceci apparaît comme problématique: les psychiatres sont déjà les plus "proches" du service, ceux avec qui les contacts sont naturellement plus serrés. Ce sont les autres

15 Voir en annexe 5 le résumé des réponses à l'entretien structuré.

professionnels, moins familiarisés avec la problématique, qui bénéficieraient le plus d'une information et qui, apparemment, sont prétérités.

L'admission des patients dans l'unité ne semble poser aucun problème aux 10 intervenants interrogés.

Par contre, pour ce qui concerne la sortie des patients, les avis sont nettement plus partagés. Cinq psychiatres, dont les 4 personnes collaborant très régulièrement avec l'unité, pensent avoir été informés suffisamment tôt de la sortie de leur patient. Pour les 5 autres, 1 (psychiatre) a été averti trop tard, 2 (1 pédiatre, 1 médecin-assistant) n'ont reçu que la lettre de sortie, 1 (médecin-assistant) n'a pas reçu de lettre et 1 ne se souvient plus (généraliste). De nouveau, cette situation pose problème puisque qu'une des missions de l'Unité hospitalière est précisément de faciliter la continuité de la prise en charge. Cette continuité peut être particulièrement importante lors d'hospitalisations préventives qui peuvent être de courte durée.

5.3.3. Remarques et suggestions

Les remarques et suggestions ont été nombreuses et diverses.

Au chapitre des **remarques positives**, on reconnaît que l'Unité hospitalière permet d'éviter des hospitalisations difficiles en milieu psychiatrique adulte ou à l'hôpital cantonal. De plus elle permet une fidélisation des patients pour une prise en charge ambulatoire ultérieure. Il serait très difficile de se passer d'une telle unité maintenant qu'elle existe. Un psychiatre proche de l'Unité nous a également fait remarquer que la communication entre lui et l'Unité passait très bien du fait qu'il connaissait les membres de l'équipe.

A l'opposé, plusieurs personnes ont souligné le **manque de communication**, spécialement les médecins non-psychiatres. Ils souhaiteraient plus de communications par téléphone, des contacts plus réguliers avec leur patient durant l'hospitalisation. Un médecin de famille regrette que le seul contact qu'il ait eu suite à l'hospitalisation de son patient ait été la lettre de sortie, reçue 2 mois après la sortie. Un médecin assistant regrette de n'avoir pas eu l'occasion de discuter avec l'équipe s'occupant du patient qu'il a fait hospitaliser. Dans le but de sa propre formation, il aurait voulu se sentir partenaire plutôt que simple intermédiaire.

Au sujet des **admissions dans l'unité**, deux aspects ressortent. Le premier concerne l'information sur la fonctionnement interne de l'Unité hospitalière (déroulement des journées, activités...) : un médecin aurait souhaité en savoir plus dans une situation où il s'agissait de proposer une hospitalisation à une patiente. Un autre aspect est celui des critères d'admission qui, selon 2 psychiatres, sont trop strictement limités au suicide. Selon eux, il serait très souhaitable que ces critères s'élargissent à d'autres situations de crise rencontrées par les adolescents.

Concernant la **sortie des patients**, les suggestions vont dans le sens d'une transition mieux préparée et planifiée. Plusieurs médecins auraient souhaité pouvoir reprendre contact avec leur patient pendant ou en fin d'hospitalisation afin d'améliorer la transition entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire qui s'avère parfois difficile. Des problèmes de planification dans le temps ont également été soulevés : lettre arrivée trop tard alors qu'un téléphone aurait permis de transmettre l'information à temps, patients sortant la veille de week-end prolongé ou de vacances et pour lesquels le médecin n'a été informé qu'au dernier moment, traitement débuté la veille du départ et qui a échoué.

En conclusion, l'impression qui ressort de ces quelques interviews est que l'utilité de cette unité est largement reconnue par les médecins. L'essentiel des remarques tourne autour de la communication entre médecins en pratique ambulatoire et membres de l'équipe hospitalière. Une différence assez nette se dessine entre psychiatres et médecins somaticiens. Pour les premiers, cette communication semble passer beaucoup plus facilement que pour les autres qui se sentent souvent ignorés ou négligés.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En un an, le programme de recherche et de prévention s'est fait connaître, dans le canton de Genève et au-delà, et son offre - information, appui aux intervenants et proches de jeunes en difficulté, formation, recherche - est utilisée, de façon différenciée.

L'activité d'information, de prise de contact, menée intensivement dans les premiers mois, a permis de tisser des liens avec le réseau des intervenants (du secteur médical, social, éducatif). Ces liens ont à leur tour ont généré des demandes d'appui ou d'intervention dans des situations de jeunes confrontés à une problématique de suicide.

La permanence téléphonique reçoit entre 20 et 30 nouvelles demandes par mois. Leur diversité témoigne du fait que cette offre nouvelle répond à un besoin non satisfait jusqu'à présent. D'autres demandes - collaborations à des projets ou des recherches, demandes de formation - sont souvent adressées directement à la responsable du programme de prévention. Relevons que le temps que requiert la réponse à une nouvelle demande est très variable, il peut aller de quelques minutes s'il s'agit d'une simple demande d'information à plusieurs dizaines d'heures si un suivi est mis en place.

Le système de transmission de l'information entre les différents répondants de la permanence fonctionne bien, de même que le système de rappel lorsque les demandes interviennent en dehors des heures de travail de la responsable du programme de prévention. Rares sont les situations où un suivi de l'appel ne peut être organisé. Les interviews menés avec des personnes ayant appelé la permanence mettent en évidence la satisfaction des usagers et l'adéquation perçue de l'intervention. En revanche, des dysfonctionnements dans l'organisation du suivi des patients à leur sortie de l'Unité hospitalière lorsqu'ils y avaient été adressés à titre préventif ont été relevés par les médecins ayant demandé l'hospitalisation et par la responsable du programme de prévention.

Les possibilités de consilium, voire d'intervention ponctuelle d'urgence sont utilisées par les professionnels (et parmi eux surtout par les intervenants non médicaux ou n'appartenant pas au milieu de la psychiatrie) et les proches de jeunes concernés. La demande est généralement fondée sur un besoin d'être épaulé, de recevoir une aide pour être à même de gérer une situation problématique, ce qui cadre bien avec la philosophie du programme de ne pas se substituer aux intervenants ou aux médiateurs. Relevons que l'intervention nécessaire dans ces situations requiert souvent une grande disponibilité, beaucoup de temps et une grande compétence clinique. Ce type de demande remplaçant de plus en plus les simples demandes d'information amène le programme de prévention aux limites de la saturation.

Les jeunes eux-mêmes font peu appel directement à la permanence, ce qui correspond aussi à ce qui avait été envisagé comme répartition des rôles entre la permanence et d'autres instances d'aide immédiate comme La Main Tendue ou les services d'urgence. Cependant, il est envisagé de diffuser plus largement le numéro de la permanence ce qui pourrait amener à une augmentation des appels émanant directement de jeunes concernés. Cette évolution pourrait poser problème, compte tenu des forces dont dispose actuellement le programme, d'autant plus qu'il s'agit d'un type de demande très différent de celui que gère actuellement le programme.

Les demandes de médiation - debriefing de groupe après des situations de suicide - sont encore rares, ceci étant peut-être dû à des craintes de faire appel à ce type d'aide ou à une méconnaissance de l'intérêt que peut représenter ce type d'intervention.

Les demandes de formation émanent de milieux très divers, sont souvent très spécifiques et liées à des confrontations antérieures à des problèmes de suicide ou de violence. Ce sont plutôt des demandes entrant dans le cadre de la formation continue des intervenants que de la formation de base.

Dans l'ensemble, on peut conclure que le programme de prévention

- se développe dans tous les axes d'intervention choisis, avec une dotation en personnel modeste pour l'ampleur du service fourni
- répond à un besoin,
- est bien accueilli,
- a sa place dans le dispositif de prise en charge du problème du suicide chez les jeunes à Genève et plus largement en Suisse romande,
- devrait être poursuivi.

La diversification et la complexité croissante des demandes qui lui sont adressées vont certainement poser, à terme, des problèmes de surcharge. A cet égard il faut souligner que le type de dispositif mis en place requiert une expérience et des compétences, notamment cliniques, étendues, qui existent actuellement. Il sera indispensable de prendre en compte cet élément de qualification si l'on envisage une augmentation de la dotation en personnel.

ANNEXE 1

BUTS DU PROGRAMME DE PREVENTION

UNITE DE PREVENTION RATTACHEE A L'UNITE HOSPITALIERE POUR
JEUNES SUICIDANTS (F. LADAME)
PROJET CHILDREN ACTION / HUG

En octobre 1996 s'ouvrira à Genève une Unité hospitalière pour jeunes suicidants. Lieu de transition entre le somatique et le psychologique, elle permettra d'effectuer un travail de sensibilisation à la signification du passage à l'acte suicidaire et à la nécessité d'un suivi thérapeutique. Le but de ce nouveau dispositif est d'augmenter l'observance des recommandations de soins ambulatoires, de réduire le taux de répétition des tentatives de suicide et d'améliorer la qualité de vie des jeunes suicidants. A long terme, ces résultats devraient entraîner une baisse du taux de suicide fatal.

La publicité qui est - et qui sera - donnée à cette Unité risque d'induire des malentendus possiblement dangereux. Dans leur désespoir, les jeunes pourraient comprendre qu'il faut passer par une tentative de suicide pour avoir accès aux soins d'excellence dont il sera beaucoup question. Cette pensée pourrait naître aussi chez tous ceux qui sont concernés par la santé des jeunes (parents, éducateurs, thérapeutes), en particulier chez ceux qui ont été une fois ou l'autre confrontés à une situation de risque suicidaire très complexe dans laquelle ils se sont sentis impuissants. Les messages implicites qui pourraient alors être véhiculés (*il faut se tuer - et alors on saura quoi faire pour moi.... pour elle/lui...*) oeuvreraient à contre sens du but premier de l'Unité de soins pour jeunes suicidants. Celle-ci, au lieu de favoriser la diminution des gestes suicidaires, pourrait, par son existence même, contribuer à leur augmentation.

La crainte que le fait de parler du suicide incite des personnes fragiles à passer à l'acte est d'ailleurs fortement répandue, y compris dans les milieux professionnels. Certains soutiennent que la place donnée au suicide dans l'information est directement proportionnelle à l'étendue de l'épidémie de suicide. Pour d'autres cependant, l'information est une des armes puissantes et efficaces pour lutter contre cette forme de mort violente.

Au-delà de ces positions extrêmes, un consensus semble se dégager autour du constat que ce ne serait pas l'information qui crée ou empêche le suicide, mais que son effet positif ou négatif dépend essentiellement de la forme sous laquelle cette information est donnée. Ainsi, présenter le suicide comme aboutissement inéluctable voire glorieux d'un trajet de vie, contribue certainement au désarroi de tous ceux qui sont encore en train de lutter contre leurs tendances suicidaires. A l'inverse, ce même suicide présenté comme support de réflexion concernant tout ce qui n'a pas été exploité, mais qui aurait dû ou pu l'être pour éviter la mort, ouvre certainement des portes pour des espoirs nouveaux.

Il nous apparaît donc indispensable d'accompagner l'information concernant les nouvelles possibilités de prise en soin des jeunes qui ont tenté de se suicider d'une information concernant tout ce qui peut être tenté pour éviter le geste suicidaire. L'Unité hospitalière se doit d'être couplée à une Unité de prévention.

Premier but

L'un des buts prioritaires de cette Unité de prévention est de prévenir les effets secondaires potentiellement négatifs de la nouvelle structure. Pour cela, elle doit permettre aux personnes concernées de recevoir l'information et l'aide nécessaires non seulement après une tentative de suicide, mais aussi avant celle-ci, dans l'espoir qu'elle n'ait jamais lieu. Cette Unité doit donc permettre aux demandeurs potentiels d'accéder en "voie directe" aux connaissances et compétences développées dans l'Unité hospitalière, sans nécessairement suivre le chemin de la tentative de suicide et de l'admission au service des urgences de l'hôpital.

L'Unité de prévention se propose d'être l'interlocutrice privilégiée dans toute situation où un risque suicidaire est soupçonné ou confirmé. Un spécialiste facilement atteignable (téléphone et boîte de dialogue informatique) proposera son expertise dans l'évaluation des situations qui lui seront soumises. Il pourra

- dispenser une information appropriée pour permettre à l'appelant de continuer à gérer la situation qui l'a fait penser à un risque suicidaire, ou bien
- envisager, voire organiser une évaluation de la situation à risque auprès d'autres intervenants, pouvant déboucher, le cas échéant, sur une hospitalisation préventive pour éviter un passage à l'acte suicidaire.

Des lignes téléphoniques prioritaires pour jeunes suicidants ("*hotlines*") existent depuis quelque temps déjà, en particulier dans les pays anglo-saxons. L'évaluation de leur utilité ne s'est pas révélée probante, et il ne s'agit donc pas de répéter une expérience non concluante. Contrairement à ces "*hotlines*", dans notre projet, la disponibilité du spécialiste ne s'adresse pas seulement aux jeunes en crise, mais aussi à tous ceux qui les côtoient, qu'ils soient enseignants, parents, soignants ou amis.

Notre expérience nous conduit à penser que c'est souvent l'impuissance ressentie face au risque suicidaire qui détourne de bonnes observations de leur conclusion logique. S'il est vrai qu'il n'existe aucun prédicteur sûr d'un suicide, il est vrai aussi que la majorité des suicidants a consulté un soignant peu avant le geste fatal, en a parlé à l'entourage, a émis des signaux d'alarme qu'après coup les interlocuteurs reconnaissent comme ayant été très clairs. Qu'est-ce qui dans le fonctionnement psychique humain empêche que la réalité du danger soit reconnue? Nous partons de l'idée que les sentiments très pénibles suscités par l'impuissance que certains ressentent face au risque suicidaire court-circuite la capacité de raisonnement logique et entrave le processus selon lequel une observation précise devrait mener à des conclusions en accord avec celle-ci.

Reconnaître la réalité du danger suicidaire, mais reconnaître aussi son impuissance à infléchir le cours des événements suscite un conflit si insoutenable qu'il est humain de vouloir le nier. Ne pas savoir quoi faire, ne pas savoir quoi répondre, ne pas savoir si l'on risque de péjorer la situation, induit souvent une réaction de fuite face au problème. Non seulement ce contexte n'aide pas le jeune à accéder aux soins qui pourraient l'éloigner de l'envie suicidaire, mais il est favorable à l'éclosion d'une autre crise. En effet, le traumatisme que représente la mort d'un proche (ou de quelqu'un dont on a la responsabilité médicale, pédagogique...) cumulé avec la culpabilité de n'avoir pas pu l'aider est d'assez mauvais pronostic. Il s'agit là d'une des explications possibles du constat statistique selon lequel le risque suicidaire est accru dans les familles où il y a déjà eu une mort par suicide.

Deuxième but

En plus du but prioritaire de l'Unité de prévention, la disponibilité du spécialiste pourrait également s'adresser à tous ceux qui ont été confrontés au suicide d'un jeune

dont ils étaient proches, que ce soit en tant que membre de la famille, du groupe d'amis, de la classe, ou encore dans une relation d'enseignant-enseigné ou encore soignant-soigné.

Tenant compte de la difficulté des uns et des autres à engager un dialogue lorsqu'il s'agit du suicide des adolescent et des risques que cette attitude peut engendrer, il nous semble opportun de proposer la disponibilité d'une sorte de "médiateur" pour faciliter ce dialogue, selon des modalités encore à définir.

Des interventions de ce type visent entre autres à prévenir l'installation d'états post-traumatiques qui, à leur tour, peuvent engendrer des troubles psychiques, voire des suicides.

Troisième but

Ces interventions de prévention primaro-secondaire n'excluent pas le fonctionnement de l'Unité comme centre d'information et de documentation concernant les problèmes liés au suicide des adolescents. Toutefois, les études évaluant l'effet préventif des programmes de sensibilisation - information menés aux Etats-Unis auprès des écoliers de certains états ont dû conclure à leur absence d'efficacité. L'Unité de prévention peut devenir un centre identifiable d'information et de documentation, pour un large public, concernant les problèmes liés au suicide des jeunes, mais elle ne peut s'en contenter. Dans un but de prévention active, elle doit aussi et surtout s'adresser à un public ciblé. En plus du fonctionnement déjà décrit, elle devrait idéalement pouvoir assumer un rôle de formation des intervenants-clé auprès d'adolescents - dans le domaine de l'éducation: enseignants, animateurs des maisons de quartier, travailleurs sociaux, éducateurs de foyer, - dans le domaine des soins: médecins (pédiatres et généralistes), infirmières scolaires.

La formation se donne pour but

- d'améliorer le repérage possible des adolescents suicidaires par une meilleure connaissance des "signaux d'alarme" annonciateurs possibles d'une crise;
- de faciliter l'organisation de la prise en charge, si celle-ci s'avère nécessaire, par une meilleure connaissance du réseau de soins à disposition.

Genève, le 20. 05. 96

ANNEXE 2

FICHE DE RELEVÉ DE LA PERMANENCE TELEPHONIQUE

Fiche de relevé des appels de la permanence téléphonique

N°

1	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2	Heure <input type="text"/> <input type="text"/>	3	Répondant :	MP <input type="checkbox"/>
					NN <input type="checkbox"/>	Unité hosp <input type="checkbox"/>
4	Urgent	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
5	Premier appel	<input type="checkbox"/>				
	Appel de suivi	<input type="checkbox"/>	→	6	Ancienne fiche n°	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Appelant

7 Nom 8 Prénom 9 No tél

10 Institution

11 Adresse

12 Médecin généraliste/int.

Psychiatre/psychologue

Services sociaux

Milieu de formation

Service hospitalier

Suicidant

Famille, amis

Autre

13 Précisions sur l'appelant (si nécessaire)

.....

.....

.....

.....

.....

14 Connu du service Oui Non

Situation ou motif à l'origine de l'appel (cocher tout ce qui s'applique)

15 Risque suicidaire

Tentative actuelle

Situation post-tent. ou post suicide

Autre → Préciser

Demande d'information

Demande de formation

Demande d'intervention

16 Détails de la situation

.....

.....

.....

.....

17 Appel sur conseil de

Médecin Autre professionnel Autre →

Personne motivant l'appel

18 Age

19 Sexe M F

Réponse donnée

- 20 Réponse d'urgence et rappel par la suite
- Réponse circonstanciée
- Orientation service d'urgence
- Autre

21 Détails réponse

.....

.....

.....

.....

Suite prévue (cocher tout ce qui s'applique)

- 22 Le conseiller rappelle →
- L'appelant rappelle →
- Intervention
- Autre
- Pas de suite prévue

Date

Date

Heure

Heure

23 Détails suite

.....

.....

.....

.....

24 Durée de l'appel Minutes

Commentaires

.....

.....

.....

Suite à quelques jours, ou prévue plus tard

25 Date

26 Détails sur la suite

.....

.....

.....

27 Peut-on rappeler pour évaluation?

- Pas demandé Oui Non

ANNEXE 3

BILAN DES ACTIVITES DE PREVENTION DU SUICIDE :
ACTIVITES DE FORMATION - INFORMATION POUR LA PERIODE
OCTOBRE 1996 - NOVEMBRE 1997

BELLE-IDEE

Département de psychiatrie
Unités pour adolescents et jeunes adultes
Prof. François Ladame

Etude et prévention du suicide

Maja Perret-Catipovic

Tél. direct 382.48.65
Perret.Maja@diogenes.hcuge.ch

Genève, le 30 novembre 1997

Bilan des activités de prévention du suicide: Activités de Formation - Information pour la période octobre 96 - novembre 97

Rappel: Buts de la prévention:

3ème but: activités d'information et de formation liées au suicide des jeunes

Recensement des interventions publiques qui répondent aux demandes provenant de groupes de professionnels (ou parents), ainsi que les débats que nous avons organisés (rencontres du jeudi soir). Ne recense pas les interventions auprès des médias, ni auprès d'individus ayant fait des demandes personnalisées (par exemple 2 assistantes sociales, ou 3 étudiants...)

10 - 11 octobre 1996	Liège et Bruxelles: participation au colloque Le suicide organisé à l'occasion du premier anniversaire du centre Patrick Deware - Liège (hospitalisation de suicidants. Présentation des objectifs de la prévention
5 novembre 1996	Présentation de l'unité aux médecins de la ville.
14-17 novembre 1996	Stockholm: rencontre avec Prof. Rydelius et Prof Wasserman. Présentation du projet et discussion. Prof. Rydelius dirigeant une unité d'hospitalisation d'adolescents, D. Wassermann étant prof. de suicidologie
21 novembre 1997	Présentation du programme de prévention à la Société Genevoise de prophylaxie mentale
10 - 16 février 1997	New York: rencontres avec Schaffer et M. Gould (Columbia University) et C. Pfeffer et P. Kernberg (Cornell University), spécialistes de prévention du suicide: présentation du projet et discussion
25 février 1997	Matinée d'intervention auprès des éducateurs et direction des foyers Les Ecureuils. Foyers accueillant des jeunes 12-18 ans, ayant souvent des problèmes d'auto- et hétéro-agressivité.
27 février 1997	Rencontre du jeudi soir: Les violences (T. Harding et D. Halpérin)
18 mars 1997	Cours adolescence et suicide aux étudiants en médecine (5è année)

20 mars 1997	Présentation du programme de prévention au Conseil de surveillance psychiatrique - Genève
10 avril 1997	Rencontre du jeudi soir: Suicidalité et toxicomanie (A. Mino et P-F. Unger)
11 avril 1997	Cours Suicide à l'adolescence à la Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation (3è année DES en psychologie clinique)
14 avril 1997	Cours Prévention du suicide à l'Institut d'Etudes Sociales, étudiants de 1 année
26 avril 1997	Symposium Prévention du suicide au Congrès Européen du World's Psychiatry Association: organisation du symposium et présentation de communication
5 mai 1997	Cours Prévention du suicide à l'Institut d'Etudes Sociales, étudiants de 2è année
6 mai 1997	Après midi de formation des assistants sociaux des cycles d'orientation de Genève
15 mai	Rencontres du jeudi: A. Malafosse: les recherches en génétique
23 mai 1997	Conférence aux enseignants des classes de non-francophones: la violence à l'école
31 mai 1997	Matinée de formation continue à la Main Tendue Genevoise: Prévention du suicide des jeunes
12 juin 1997	Rencontres du jeudi: Santé des jeunes et suicide (P-A Michaud et M. Choquet)
16 juin	Intervention à la journée de prévention auprès des apprentis des forces aériennes de Sion, après décès par suicide d'un de leurs camarades (il y a deux ans)
1-6 juillet 1997	Dubrovnik (Croatie): Summer school on psychotrauma. Présentation (Suicide and trauma) et direction de table ronde.
18 juillet 1997	Soirée au Foyer de la Servette, foyer pour jeunes filles de 15-18 ans, avec les jeunes dont plusieurs sont des suicidantes, les éducatrices et la directrice.
3 septembre	Soirée Prévention du suicide auprès d'une association de parents à Nyon
4 septembre 1997	Forum parents-enfants", dynamique de la relation précoce et ses conséquences (conséquences sur les risques suicidaires) Le suicide des jeunes: d'une génération à l'autre
27 septembre	Congrès « Les filiations psychiques » à Lausanne: présentation de communication sur l'adolescence
11 octobre 1997	Journée scientifique de la revue Adolescence. Présentation de: La haine de transfert à l'adolescence
17 octobre 1997	Journée de travail avec le groupe « prévention du suicide » du Tessin (Lugano).

7 novembre	Association Suisse des infirmières, section romande: journée de formation des infirmières - Lausanne.
21 novembre 1997	Après midi de formation des assistants sociaux des organisations internationales
17 - 20 novembre 97	Congrès de la WPA: présentations aux symposia: suicide prevention and Life, stress and suicidality - Jerusalem
21 et 22 novembre	journées de travail avec groupes internationaux travaillant sur le suicide des jeunes. Fondation du groupe YESS: young european suicide study
25 novembre 1997	Soirée de présentation de la prévention du suicide au groupe SOS médecins, Genève
2 décembre 1997	Cours "environnement violent" dans le cadre du certificat "Environnement et santé" (HUG et UNI)
2 décembre 1997	Soirée de travail avec Société Genevoise de prophylaxie mentale - Genève

Les demandes vont augmentant si l'on en croit le nombre de prises de contact préliminaires en vue d'organiser des formations dans le courant de l'année 97-98.

Nous continuerons à accorder une priorité aux séances d'information et formation car ces espaces de dialogue sont essentiels pour diffuser deux messages-clé auprès des « multiplicateurs » :

- le suicide des jeunes existe, et constitue un important problème de santé publique
- le suicide des jeunes n'est pas une fatalité: il est possible de réduire le nombre de tentatives de suicide et de suicides réussis.

Genève, décembre 1997

ANNEXE 4

Tableau a Origine géographique de l'appel

	Lieu	GE	VD	NE	FR	JU	VS	BS	BE	LU	ZU	TI	France	?	tot
Appelant															
• Médecins général., intern.		11													11
• Psychiatres, psychologues		10	1						1				1		13
• Services sociaux		23	4						1		1				29
• Milieux de formation		12	1	1	1							1	1		17
• Services hospitaliers		2			2										4
• Suicidants		11	2											1	14
• Familles, amis		28	13	3	1	1	1	1			2		2	1	53
• Autres		7	2							1					10
• Journalistes		1	2		1			1							5
Total N		105	25	4	5	1	1	2	2	1	3	1	4	2	156
%		67.3	16.0	2.6	3.2	0.6	0.6	1.3	1.3	0.6	1.9	0.6	2.6	1.3	100
Situations de suicide N															
		73	17	2	2	1				1	1		4	1	102
%		71.6	16.7	2.0	2.0	1.0				1.0	1.0		4.0	1.1	100

ANNEXE 5

APPRECIATION DES MEDECINS AYANT HOSPITALISE A TITRE PREVENTIF DES PATIENTS A L'UNITE HOSPITALIERE :
RESUME DES REPONSES A L'ENTRETIEN STRUCTURE

<p>1. Comment avez-vous appris l'existence de l'unité ?</p>	<p>4 non concernées (proches de l'équipe) 1 a travaillé avec les responsables de l'unité (psy) 1 connaît personnellement Prof. Ladame (péd) 2 informés lors de la présentation de la réorganisation de la psychiatrie à GE (gén, psy) 1 informé lors d'une présentation en début d'année (méd assistant) 1 par le psy de la permanence (méd assistant)</p>
<p>2. Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment d'informations sur l'unité ?</p>	<p>4 non concernés (proches de l'équipe) 5 oui 1 non, connaissait peu du fonctionnement (méd.ass)</p>
<p>3. Dans quel but avez-vous utilisé l'unité ?</p>	<p>Principalement comme lieu de décharge face à une situation de crise pour laquelle une prise en charge ambulatoire n'était plus suffisante et une prise en charge en milieu psy adulte aurait été mal adaptée.</p>
<p>4. Où auriez-vous adressé le patient si cette unité n'avait pas existé ?</p>	<p>1 hospitalisation en psychiatrie adulte 5 hospitalisation (sans vraiment savoir où) 1 psychiatre privé (ambulatoire) 2 n'en ont aucune idée ! 1 en famille d'accueil (psy)</p>
<p>5. Connaissiez-vous le patient que vous avez fait hospitaliser ?</p>	<p>2 oui, médecins traitants (gén, péd) 3 oui, psychiatre thérapeute 2 pas depuis longtemps, en évaluation (psy) 3 non (urgences psy, méd assistant)</p>
<p>6. Avez-vous été satisfait de la collaboration suite à l'hospitalisation de votre patient ?</p>	<p>7 oui (6 psy et 1 assistant) 1 oui, mais trop peu de feed-back (gén) 2 non (péd, méd assistant)</p>

<p>7. Avez-vous l'impression d'être resté partie prenante du traitement ?</p>	<p>4 oui (psy) 2 non (péd, psy) 4 ne l'ont pas souhaité (gén, urgences psy, méd assistant)</p>
<p>8. Avez-vous l'impression d'être resté informé du traitement à l'unité ainsi que des projets qui y ont été discutés ?</p>	<p>5 oui (psy, méd ass) 2 oui, mais pas suffisamment tôt (gén, psy) 2 non (péd, méd assistant) 1 ne l'a pas souhaité (urgences psy)</p>
<p>9. Avez-vous été informé suffisamment tôt de l'admission de votre patient ?</p>	<p>10 oui</p>
<p>10. Et de sa sortie ?</p>	<p>5 oui (psy) 2 non, n'ont reçu que la lettre de sortie (péd, méd assistant) 1 ne s'en souvient plus (gén) 1 n'a pas reçu de lettre (ass) 1 a été averti au dernier moment (psy)</p>
<p>11. Remarques, suggestions...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'unité permet d'éviter des hospitalisations difficiles en milieu psychiatrique adulte ou à l'hôpital cantonal (psy) • Les patients qui ont passé par l'unité semblent fidélisés pour une prise en charge ambulatoire (psy) • Il serait très difficile de se passer d'une telle unité une fois créée (psy) • Cette unité est condamnée à devenir une unité de crise pour des problèmes plus diversifiés que le suicide (psy) • Souhaiterais des contacts plus réguliers durant l'hospitalisation, tout en sachant que ce n'est pas le souhait de tous les médecins (psy) • La transition entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire est souvent difficile (confort +++ de l'unité) : souhaiterais que le psychiatre ambulatoire puisse reprendre contact avec son patient durant le séjour hospitalier pour faciliter cette transition (psy) • Souhaiterais plus de communication par téléphone (lettre arrivée trop tard) (gén)

11. Remarques, suggestions... suite

- Regrette que de telles structures n'existent pas dans le privé (gén)
- Le médecin traitant devrait pouvoir suivre son patient, même pendant le séjour hospitalier. Le seul contact qu'il y ait eu est la lettre de sortie reçue 2 mois après la sortie du patient(péd)
- L'unité fait pire que ce qu'il y avait avant ! (péd)
- D'un point de vue de formation, il serait beaucoup plus profitable de pouvoir discuter du cas avec l'équipe, par exemple par téléphone le lendemain de l'admission, plutôt que de n'être là que pour signer les papiers. (méd assistant)
- Aimerais se sentir partenaire et pas seulement intermédiaire. (méd assistant)
- Le fait de bien connaître l'équipe fait que la communication passe bien (psy)
- Il faudrait mieux planifier les sorties dans le temps et au niveau des traitements (psy)
- Conditions d'admission trop limitées au suicide (psy)
- Mieux connaître le fonctionnement de l'unité et les critères d'admission (méd.ass)

ANNEXE 6

LETTRES DE DEMANDE DE PARTICIPATION AUX INTERVIEWS DE
FEED-BACK

Belle-Idée

Département de psychiatrie
Unités pour adolescents
et jeunes adultes
Prof. François Ladame

Etude et prévention du suicide
Maja Perret-Catipovic
Tél. direct 382.48.65
Perret.Maja@diogenes.hcuge.ch

Genève, le 17 mars 1997
ref: rech/evaluat/letcol.doc

Cher collègue

L'Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, avec son pôle hospitalier et son pôle prévention, fonctionne depuis quelques mois déjà. Notre profonde conviction a guidé la création de cette structure, mais nous avons souhaité la soumettre à une évaluation objective. C'est pourquoi un institut indépendant, l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (prof. F. Paccaud) a été chargé de ce mandat d'évaluation. Au terme d'une année de fonctionnement, cet institut se prononcera quant à l'utilité d'une telle structure, ainsi que sur l'adéquation des moyens dont l'unité s'est dotée par rapport à ses buts. Dans le cadre de cette procédure d'évaluation, il a semblé opportun de solliciter l'avis des personnes ayant eu recours à notre Unité, c'est à dire vous. Nous vous demandons donc votre accord pour transmettre à l'IUMSP vos coordonnées. Si vous ne vous opposez pas à cette démarche d'ici le 25 mars, nous accepterons votre accord tacite, suite auquel soit Mme C. Ferron, soit Mme. F. Dubois, collaboratrices de l'IUMSP prendront contact avec vous téléphoniquement. Précision importante: elles vous solliciteront sur votre appréciation de notre fonctionnement, et en aucun cas vous n'aurez à révéler des données concernant vos patients.

Je vous remercie de votre collaboration, et me tiens à votre disposition pour toute question que vous pourriez avoir concernant le protocole d'évaluation ou l'Unité.



Maja Perret-Catipovic

Belle-Idée

Département de psychiatrie
Unités pour adolescents et jeunes adultes
Prof. François Ladame

Etude et prévention du suicide
Maja Perret-Catipović
Tél. direct 382.48.65
Perret.Maja@diogenes.hcuge.ch

Genève, le 2 septembre 1997
ref: rech/evaluat/letus.doc

Concerné: Evaluation de l'Unité de prévention du suicide à laquelle vous avez fait appel dans le courant de l'année

Monsieur,

L'Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, avec son pôle hospitalier et son pôle prévention, fonctionne depuis bientôt une année. Notre profonde conviction a guidé la création de cette structure, mais nous avons souhaité la soumettre à une évaluation objective. C'est pourquoi un institut indépendant, l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (prof. F. Paccaud) a été chargé de ce mandat d'évaluation. Au terme d'une année de fonctionnement, cet institut se prononcera quant à l'utilité d'une telle structure, ainsi que sur l'adéquation des moyens dont l'unité s'est dotée par rapport à ses buts. Dans le cadre de cette procédure d'évaluation, il a semblé opportun de solliciter l'avis des personnes ayant eu recours à l'Unité de prévention du suicide, c'est à dire vous. Nous vous demandons donc votre accord pour transmettre à l'IUMSP vos coordonnées. Si vous ne vous opposez pas à cette démarche d'ici le 15 septembre, nous accepterons votre accord tacite, suite auquel Dr Anne Chollet, collaboratrice de l'IUMSP prendra contact avec vous téléphoniquement. Votre appréciation et vos avis nous seront très précieux.

Si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées soient transmises il vous suffit de m'en informer avant le lundi 15 septembre, soit en me laissant un message au 382 48 65, soit en m'écrivant.

Je vous remercie de votre collaboration, et me tiens à votre disposition pour toute question que vous pourriez avoir concernant le protocole d'évaluation.

Maja Perret-Catipovic
Responsable de l'Unité de
prévention du suicide

ANNEXE 7

QUELQUES ARTICLES DE PRESSE

Lutter contre le suicide des jeunes

Le suicide: cet acte désespéré, de trop nombreux jeunes n'hésitent pas à le commettre. En Suisse, il est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, avant la drogue. A Genève, on compte une centaine de morts chaque année et plus de 500 tentatives. De plus, le nombre d'actes suicidaires répétés est en constante progression. Pour venir en aide à ces jeunes en détresse, une unité de crise a été inaugurée officiellement en février dernier au 57, boulevard de la Cluse. Les premiers patients avaient cependant été accueillis dès fin octobre 1996.

Lancée en 1995 par le professeur François Ladame, de l'Université de Genève, l'idée d'une unité spécialisée a rapidement trouvé un écho favorable auprès de la Fondation Children Action. Le centre s'adresse à des jeunes âgés de 15 à 22 ans qui ont déjà fait une tentative de suicide ou qui traversent une grave crise suicidaire.

UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE

Ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, l'unité constitue un relais entre

les urgences médico-psychiatriques et les soins extra-hospitaliers.

L'hospitalisation se fait sur le principe du volontariat et vise avant tout à répondre à des situations de crise. Au cours du séjour, les médecins aideront notamment le patient à réaménager ses ressources personnelles, afin de préparer un avenir plus sécurisant.

Les soins s'organisent autour d'entretiens médico-infirmiers quotidiens et de séances de thérapie de groupe à raison de deux fois par semaine. Par ailleurs, des groupes «peinture» et «sport» vont prochainement compléter un programme équilibré d'activités collectives ou individuelles.

De fin octobre à fin décembre 1996, on a constaté que seuls 6 patients sur 19 avaient reçu des médicaments. Ces chiffres indiquent clairement que Genève a choisi de développer une philosophie de soins privilégiant l'intervention de crise et l'approche psychothérapeutique.

Après quelques mois d'activité, le premier bilan effectué par l'équipe du centre est jugé satisfaisant. En effet, deux des objectifs fixés, à savoir la relance du fonctionnement psychique et le respect des recommandations thérapeutiques, ont été remplis.

d'aider les parents, thérapeutes, et éducateurs à gérer la crise; ensuite, assurer une médiation de dialogue auprès des personnes confrontées à un suicide; enfin, développer des activités d'information et de formation liées au risque de suicide des jeunes.

La recherche constitue le troisième volet de l'activité du centre. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, mandaté pour évaluer le travail de l'unité genevoise, devra se prononcer sur une question délicate: l'hospitalisation d'un jeune patient dans une unité spécifique constitue-t-elle la prise en soins la mieux adaptée? Cette étude, qui durera jusqu'au 30 septembre 1997, portera sur le cas de jeunes, tous volontaires et admis pour tentative de suicide dans un centre d'urgence à Genève et Lausanne. Trois mois après leur hospitalisation, ils seront contactés pour un entretien visant à apprécier l'évolution de leur pathologie. Par la suite, ils répondront à un questionnaire portant sur leur vécu de l'hospitalisation, la nature et la qualité du suivi psychothérapeutique, etc. D'autres projets de recherche, internes à l'unité, traiteront notamment des moyens d'améliorer la qualité de la vie des jeunes tentés par un geste irréparable.

Thierry Oppikofer
Rédacteur

L'IMPORTANCE DE LA RECHERCHE

Autre mission primordiale de l'unité: la prévention. Celle-ci s'articule autour de trois axes principaux: d'abord, offrir une accessibilité téléphonique au public, afin

Renseignements:
tél. 382 48 60
Consultations
et prévention:
tél. 382 42 42



Confronté à des difficultés, l'adolescent se sent parfois seul.



Maja Perret-Catipovic, responsable de la recherche et de la prévention.

Mobiliser l'entourage



Une tentative de suicide n'implique pas que son auteur. Les proches peuvent faire beaucoup pour dénouer le problème. C'est là qu'intervient la prévention.

Située à proximité de l'Hôpital cantonal de Genève, l'Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes n'a rien d'une clinique ordinaire. Au 57, boulevard de la Cluse, les jeunes qui ont fait une tentative de suicide ou qui traversent une grave crise suicidaire trouvent, en quelque sorte, un îlot où ils peuvent rompre provisoirement avec leur environnement habituel. Les locaux sont clairs, rassurants. Des chambres à un ou deux lits peuvent accueillir jusqu'à huit personnes à la fois. Dans une vaste salle à manger, les jeunes prennent leurs repas en commun.

Mais il serait faux de croire qu'il faut tenter de se supprimer pour avoir

accès à cette structure de prise en charge et d'accompagnement. L'Unité de crise développe également des activités de recherche et de prévention.

Jamais contre la volonté de l'adolescent

Toute personne concernée directement ou indirectement par le suicide peut y trouver conseils, formation et information. Responsable de ce secteur, la psychologue Maja Perret-Catipovic insiste sur la nécessité du dialogue: «Il est faux de croire que parler du suicide provoque des suicides. Les jeunes doivent savoir que des adultes supportent d'en parler et qu'ils peuvent s'adresser à eux pour demander un soutien.»

Le séjour dans l'unité hospitalière dirigée par le Dr Jérôme Ottino ne se fait jamais contre la volonté d'un adolescent. Une fois admis, le jeune est encadré et soutenu par une équipe composée de médecin psychiatres, d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'infirmier(e)s. Les objectifs de l'«hospitalisation» étant de réaménager les ressources personnelles du patient, de mobiliser son entourage et d'établir un projet d'aide à long terme.

Le grand danger, après une tentative manquée est le déni. Le jeune – ou son entourage – a tendance à banaliser son acte. Or, l'expérience montre que 60% des adolescents qui ont fait une tentative

Ou trouver de l'aide?

Toute personne confrontée d'une manière ou d'une autre à la problématique d'une crise suicidaire peut appeler le numéro (022) 3824242. M^{me} Perret-Catipovic, responsable du programme de prévention, y est atteignable la plupart des matinales. En dehors de ces moments, le téléphone est dédié sur une structure pouvant soit répondre directement, soit alerter la psychologue, qui se remet en contact avec l'appelant dans les 60 minutes. Conseils et informations peuvent être obtenus 24 h sur 24.

Le fil si fragile de la vie

Suite de la page 6

banalisation de l'acte suicidaire et de réduire ses risques de récurrence. Ceux-ci sont importants dans les semaines ou les mois qui suivent une tentative. En Europe, seuls Bordeaux et Liège disposent d'une structure analogue.

En ouvrant ce centre, Genève a levé un tabou: «Le suicide des jeunes est une cause

ignorée de mort prématurée, remarque le professeur Ladame. Ces années potentielles de vie perdues constituent aussi un coût social. Il y a tellement de raisons pour que la société se mobilise davantage, mais il reste encore beaucoup de travail pour aller contre cette coalition du silence.»

Le réancrage dans la vie doit avoir un sens pour les jeunes

Mis sur pied pour gérer les situations de crise, le centre de soins nouvellement créé offre aux suicidants un soutien et la possibilité d'une rupture temporaire avec leur cadre habituel. La durée moyenne des séjours est d'environ deux semaines, mais ne devrait pas dépasser un mois. L'unité permet aussi d'éviter une hospitalisation dans un service de psychiatrie pour adultes avec des patients souffrant d'autres troubles. «Des recherches récentes ont montré



Le professeur François Ladame.

que l'immense majorité des adolescents qui font une tentative de suicide souffrent de troubles psychiques d'ordre anxieux ou dépressif, mais il faut se garder de dire que ceux-ci sont la cause de leur acte, prévient le professeur Ladame. Ces troubles doivent être soignés, mais ils ne sont que le révélateur que quelque chose ne va pas.»

Selon le psychiatre genevois, le désir de

Quand les chiffres parlent

Le suicide tue plus que la route

la route. En 1994, 49 au second soit 9,8 % circulation plus élevé %, et 5,1 %, durant la

les hommes. tentatives, elles seraient 1,5 quentes chez les femmes. directeur du centre psy-Torry à Fribourg estime es sont dix fois plus noms suicides. Il ajoute que le té par suicide n'a pas aug-1930 et se situe aux envi-our 100'000 habitants. appartient aux cinq pays e taux de suicide le plus onde.

Le feu

Libétains

rsitaire de médecine ène d'imitation suici-



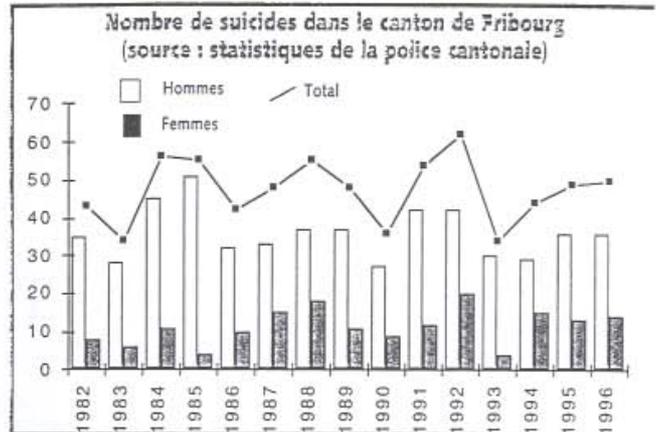
cher L'Objectif

la presse ne se fasse pas e, car cela pourrait donner ne veux pas dire qu'une ra se suicider parce qu'et-éle dans le journal, mais mme dépressive, cela peut qui va faire déborder le tionnalisme est dange-ystifier ce phénomène en

L'arme à feu en tête

En Suisse, les armes à feu et la pendaison sont les moyens les plus utilisés pour mettre fin à ses jours. Pour les jeunes adultes de sexe masculin, l'arme à feu représenterait presque la moitié des cas de suicide. En ce qui concerne les tentatives, la surdose de médicament arrive en tête. La plupart du temps, ces substances ont été prescrites par les médecins... Il s'agit souvent de psychotropes (benzodiazépines, analgésiques et antidépresseurs), parfois avec d'autres substances. Philippe Juvet relève encore qu'un quart des suicides se ferait sous l'influence de l'alcool.

Différentes études révèlent que la majorité des suicidés avaient parlé d'idées suicidaires. 80 % de ces personnes auraient même consulté un médecin dans les mois précédant l'acte. Dans le public, on pense que quel- qu'un qui va se suicider ne va certaine-



ment pas le faire. C'est faux, il faut tenir compte de ces messages » explique un médecin généraliste.

« Le suicide est une solution définitive à une crise transitoire » déplore Philippe Juvet. (PH)

Une première suisse à Genève

Un centre pour les ados suicidaires

Après Bordeaux et Liège, Genève est la troisième ville européenne à ouvrir une « unité pour jeunes suicidants ». Cette dernière, déjà en activité, sera inaugurée officiellement le 3 février 1997. « Si les jeunes qui font des tentatives de suicide ne sont pas soignés, plus de la moitié d'entre eux récidiveront » explique Maja Perret Capitovic, psychologue, responsable de cette nouvelle unité.

Une étude réalisée en Europe montre que 200 ados sur 100'000 auraient déjà fait une tentative de suicide. Un autre travail, réalisé cette fois en Suisse, souligne que 4 à 5 % des jeunes auraient tenté de se donner la mort dans l'année précédente. Face à l'augmentation des actes suicidaires répétés et des consultations de jeunes présentant un haut risque, Genève a ouvert une « unité pour jeunes suicidants » grâce à l'appui des Hôpitaux universitaires de Genève et la fondation privée « Children Action » pour la protection de l'enfance.

Cette unité poursuit un triple but :

- répondre à des situations de crise en

étant un lieu de transition entre le service d'urgence et le milieu extrahospitalier

- assurer l'information des proches et favoriser la mobilisation de l'entourage

- développer un programme d'étude et de prévention du suicide.

Contre le mur du silence

Maja Perret aimerait enlever la chape de silence qui entoure les suicides. « Par exemple, dans une classe où il y a eu un suicide, on n'en parle pas, alors qu'il faut le faire. » Selon elle, beaucoup de cas sont cachés.

Ambulatoire ou hospitalière, la prise en soins s'organise après une évaluation

complète faite par un médecin. Cette unité qui fonctionne sur le principe de l'admission volontaire, s'adresse à des jeunes de 16 à 22 ans ayant fait une tentative ou ayant des idées suicidaires. Elle touche également les parents ou proches d'un jeune suicidant, les éducateurs, professeurs et enseignants confrontés au problème du suicide, le professionnels de la santé (médecins, psychologues, infirmières) et toutes les personnes souhaitant des informations et de la documentation sur les problèmes liés au suicide des jeunes.

L'unité a la possibilité d'accueillir huit jeunes. La durée moyenne du séjour de patients sera de quinze jours et ne devrait pas dépasser un mois. (PH)

Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, 51, bd. de la Cluse 1205 Genève. Tél 022/382.48.63

Association « Exit » à Genève

Coopération du 16.10.96

SANTÉ

Aider au bon moment

Les jeunes qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide seront reçus dans un centre conçu pour eux.

La Suisse est l'un des pays d'Europe les plus touchés par le suicide des 15 à 25 ans. A Genève, on parle de 3,5 cas sur 1000; ceux qu'on ignore sont probablement de trois à cinq fois plus nombreux.

Le professeur Ladame, responsable du secteur adolescents au Service médico-pédagogique genevois, note qu'aussitôt après un suicide raté, la personne vit dans une sorte de lucidité possible, la relation thérapeutique en est temporairement facilitée. Après quelques heures, le déni prend le dessus, on refuse alors de reconnaître ce qui s'est passé.

C'est pour essayer d'agir dans ce moment plus

favorable que s'ouvre fin octobre, à Genève, l'Unité hospitalière pour jeunes suicidants (UJS), un suicide étant celui d'un qui a déjà fait une ou des tentatives de suicide. Première du genre en Suisse, cette unité dépendra du professeur Ladame. Le Dr Ottino en sera le responsable médical; il travaillera avec des assistants psychiatres, un psychologue, une assistante sociale et des infirmiers, soit 12,5 postes pour huit lits.

Faire baisser le nombre de récidivistes
«Nous voulons éviter d'hospitaliser des jeunes afin qu'ils ne se sentent pas pris pour des fous, explique le Dr Ottino. Cer-

tes, nous leur offrons un traitement à côté de l'hôpital, mais dans un immeuble locatif où ils se retrouveront entre eux. Notre objectif est de faire baisser le nombre de récidives de tentatives de suicide, dont le risque est de 40 à 60% dans l'année qui suit le geste.»

Ceux qui auront eu la chance d'être appuyés par un proche, ou un médecin, et conduits à la division des urgences de l'Hôpital de Genève, pourront alors être admis à l'UJS. «Nous les garderons en vase clos, en chambre individuelle, pour des séjours ne dépassant pas un mois. Il s'agira



«Quand un adolescent s'isole, la dépression est déjà là.»

PHOTO

VIE PRATIQUE

jeunes de 16 à 21 ans de la région lémanique. Elle résulte d'un partenariat entre une fondation privée, la Children Action, et les Hôpitaux universitaires genevois.

Genève *Praplan*
Unité hospitalière pour jeunes suicidants, 57, bd de la Cluse, 1205 Genève. Les admissions auront lieu du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h. L'unité répondra 24 heures sur 24. Le numéro de téléphone et la date d'ouverture du centre ne sont pas encore précisés. Voir une prochaine édition de Coopération.

de faire le point, et de réfléchir au futur.»

Outre les traitements, l'unité développera des programmes de recherche. Notamment les résultats cliniques seront évalués et les prises en charges réajustées. La prévention aura sa place aussi, des conférences pourront être données dans tous les milieux, tels que les entreprises et les écoles.

L'unité est destinée aux

Entreprise Rosonda
A.M. 24, n° 2462

7

■ OBJECTIF: PRÉVENTION

SUICIDE

Unité de crise pour les jeunes

Annoncée au printemps dernier, la création d'une unité pour jeunes suicidants est aujourd'hui réalisée. Fruit d'une collaboration inédite entre le secteur public, en l'occurrence les Hôpitaux universitaires de Genève, et le privé, la Fondation Children Action, cette unité dite de crise pour adolescents et jeunes adultes accueille ses premiers patients.

Répondant à des situations de crise, elle constitue un relais entre les urgences médico-psychiatriques et les soins ambulatoires. Le but est d'éviter une banalisation de l'acte suicidaire et de prendre en considération le désir implicite de rupture qui sous-tend un tel acte. L'équipe médico-infirmière est appelée à travailler avec les jeunes patients sur la « crise suicidaire » au moyen d'entretiens individuels réguliers, de groupes thérapeutiques, d'activités collectives ou individuelles, à vocation éducative ou récréative. Il s'agit de réaménager les ressources personnelles

de l'adolescent ou du jeune adulte, d'établir un projet d'aide à long terme, voire de mobiliser et aider son entourage.

Outre ces soins hospitaliers, l'unité propose des consultations afin d'évaluer des situations à risque et d'orienter une prise en charge. Elle développe aussi des activités de prévention et de recherche, notamment dans le cadre Vaud-Genève. Créée sur le modèle du Centre Abadie de Bordeaux, cette nouvelle unité du département de psychiatrie travaille en collaboration avec les intervenants clés de l'adolescence. Elle entend contribuer à diminuer le nombre de récidives, à mieux faire connaître les signes annonciateurs d'une crise suicidaire et à améliorer la qualité de vie des jeunes suicidants grâce à une prise en charge spécialisée.

Voici les coordonnées de cette unité:
Unité hospitalière, boulevard de la Cluse 57, 1205 Genève, tél. 022/382 48 60.
Consultations et prévention, boulevard de la Cluse 51, 1205 Genève, tél. 022/382 42 42.

STATISTIQUE À PRENDRE AU SÉRIEUX

30% de plus de cancers de la peau en dix ans!

Les dermatologues suisses sont inquiets: les cas de cancer de la peau annoncés au registre du cancer ont augmenté de 30% entre 1985 et 1990. Aucune autre sorte de cancer inventoriée pendant cette période n'a atteint de taux aussi élevé. En Suisse, 11 000 personnes par an sont atteintes d'un cancer de la peau; 10% d'entre elles souffrent d'un mélanome particulièrement dangereux et menaçant pour la vie. Les jeunes sont eux aussi concernés: entre 200 et 250 jeunes meurent chaque année des suites d'un mélanome.

sirs, nos activités sportives, à la plage, à la montagne, et bien sûr aussi lors de travaux effectués à l'extérieur. Il y a aussi le trou d'ozone, qui laisse passer davantage de lumière ultraviolette sur la surface de la terre. Notre peau accumule la brûlure, le compteur se met à « tourner » aussitôt que l'on oublie de se protéger. Résultat: à 20 ans déjà, la plupart d'entre nous ont absorbé 80% de la dose totale « acceptable » de rayons pendant la vie entière.

Plus on est jeune lorsqu'on prend un coup de soleil, plus la quantité de coups de soleil reçus est grande, et plus le risque est grand de souffrir un jour d'un cancer de la peau.

Le brochure *Votez peau et le soleil* par

Le suicide n'en sont pas à leur coup d'essai. «Tout l'effort entrepris à l'unité hospitalière consiste à leur faire accepter l'idée d'un traitement psychologique. Mais nous pouvons seulement le proposer, pas l'imposer. Le but de la réanimation psychique, après celle du corps, est de faire en sorte que le jeune accepte que sa tentative a un sens. Avec lui, il faut partir à la recherche de ce sens, du pourquoi de son geste», précise M^{me} Perret-Catipovic.

L'objectif du centre de soins genevois est de faire baisser le taux de récurrence et, pourquoi pas, à plus long terme, de diminuer le nombre d'issues fatales. Pour évaluer concrète-

ment l'impact de ce nouveau genre de prise en charge, un organisme extérieur a été mandaté: l'Institut de médecine préventive de Lausanne. Fribourgeois et Tessinois suivent également avec attention l'expérience genevoise. Si les résultats sont convaincants, il n'est pas exclu que d'autres centres s'ouvrent en Suisse sur le même modèle.

La prévention est ouverte sur la cité

Ce qu'il y a d'original dans l'approche genevoise c'est d'une part l'important réseau de soins mis en place pour encadrer le jeune suicidant, et d'autre part la mobilisation de son entourage. «La prévention



Le Dr Jérôme Ortino (debout) avec une partie de l'équipe médicale.

est ouverte sur la cité, souligne M^{me} Perret-Catipovic. Nous voulons nous donner la possibilité d'encadrer les proches d'un jeune qui a tenté de se sui-

cider ou qui traverse une crise suicidaire.» Là encore il a été observé que les séquelles d'un suicide peuvent rejaillir sur l'entourage, dans la famille ou en classe, avec le risque d'induire des idées suicidaires.

La prévention, c'est aussi l'information et la formation de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, côtoient des adolescents: parents, amis, enseignants, éducateurs, personnel infirmier, médecin traitant. «Nous ne voulons pas nous imposer comme des gens qui savent à des gens qui ne savent pas, prévient la psychologue. Notre but est d'accompagner la personne qui a détecté les signes annonciateurs d'un

risque de suicide et de voir ensemble ce qu'il est possible de faire.»

La formation proposée par l'Unité de crise ne se fonde pas sur un programme académique. Il s'agit plutôt d'une formation «à la carte», établie en fonction des besoins et des possibilités des personnes concernées. Le problème est de reconnaître les indices d'une crise. «Souvent, et contrairement à une idée reçue, avant sa tentative le jeune en parle autour de lui. Il faut donc écouter ce qu'il dit, écouter son parcours. La perte d'intérêt, de sens, à ce qu'il fait est un signal révélateur.»

Jean Pinesi

Lire la suite à la page 10

Des conseils pour agir

■ Face à un adolescent qui vous fait part de ses idées suicidaires — même en plaisantant — ou dont le comportement indique qu'il traverse une grave crise psychologique (isolement, perte d'intérêt à ce qu'il fait), quelle est la meilleure attitude à adopter?

■ Ce que l'on peut faire: si une personne a

déjà passé à l'acte (par exemple, elle vient d'absorber des médicaments), il faut la diriger vers le centre des urgences, le plus proche et le plus vite possible. Pour être aidé dans la gestion de la crise, appelez le (022) 382 47 42 qui répond 24 h sur 24. En cas de doute, demandez conseil à quelqu'un. Par exemple, au numéro ci-

dessus ou au 143. La maintenir.

■ Ce qu'il ne faut surtout pas faire: évitez de banaliser ses propos. Ne restez pas seul avec les confidences de quelqu'un qui vous a fait part de ses intentions suicidaires. Demandez de l'aide à un spécialiste. Ne refusez pas d'en parler. Évitez les silences, les non-dits. *ps*

mettre fin à ses jours résulte de la conjonction de plusieurs facteurs, dont les principaux sont: les troubles psychiques, la répétition d'événements de vie négatifs et la difficulté, voire l'impossibilité pour un jeune de s'insérer dans un réseau socioculturel qui ait un sens pour lui (club sportif, amis, activités artistiques, etc.). Ces trois éléments qui interagissent entre eux se potentialisent et sont à l'origine d'un risque de suicide.

Certains adolescents décrochent peu à peu de leurs références qui constituaient aussi une protection. Isolement social, échecs scolaires ou communication difficile sont autant de signaux avant-coureurs d'un malaise plus profond. «Notre travail consiste à recréer ces réseaux, mais d'une manière qui ne soit pas artificielle: le réancrage dans la vie doit avoir un sens pour ces jeunes», souligne le professeur Ladame.

J. Psi

L'isolement est un signal révélateur d'un risque de suicide.



Sterile
José Bythou
 Rue de Lausanne 23
 FRIBOURG
 031 / 22 49 09
 votre spécialiste

LA LIBERTÉ

JA 1700 Fribourg 1
 1805

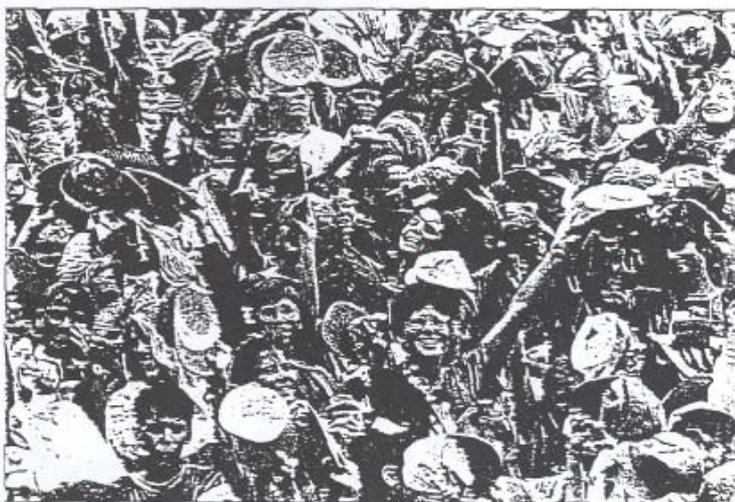
NOUVEAU chez MEYER
PHOTOCOPIES
COULEUR
 avec fonctions créatives
PRIX DE LANCEMENT
 A4: 1,60 A3: 3,60

Papeterie - Machines
 J.C. MEYER SA - Pâralles 14

ABONNEMENTS (037) 864 466 • REDACTION 864 411 • INFOMANIE 864 864 • PUBLICITE 81 41 81 • www.laliberte.ch N° 12 • 126^e année • Fr. 2.- • LUNDI 14 OCTOBRE 1996

Le suicide ne doit plus être une fatalité pour les jeunes

Le suicide des adolescents et des jeunes adultes n'est pas un phénomène contre lequel on ne peut rien faire. Le canton de Genève s'apprête, en première suisse, à ouvrir un centre de soins et de prévention pour jeunes suicidaires. Pourquoi s'occuper en priorité de cette classe d'âge? Parce que le suicide y est la seconde cause de mortalité et qu'il est d'abord, avant d'être un désir de mort, un appel au secours.



■ 3 Beaucoup trop de jeunes Suisses se donnent volontairement la mort, Ex-Press

Autriche. Poussée nationaliste

Les premières élections européennes en Autriche se sont soldées hier par une poussée spectaculaire de la droite nationaliste. Le parti de Jörg Haider a obtenu le meilleur résultat de son histoire. ■ 3

Libre circulation. Une offre de Bruxelles

Nouvel élan dans les négociations bilatérales Suisse-UE concernant la libre circulation des personnes. Bruxelles accepte l'idée des trois étapes en y ajoutant une clause de sauvegarde. ■ 7



Eclipse. Les Fribourgeois aux aguets

Que ce soit à Zumbach ou au Quintzet, les Fribourgeois étaient aux aguets pour observer l'éclipse de soleil, samedi. ■ 10

Première suisse au bout du lac Léman en faveur des jeunes lassés de la vie. Genève soignera les «ado» suicidaires

Le suicide, en Suisse, fait des ravages particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Pour tenter de contrer le phénomène, Genève disposera dans deux semaines d'une unité hospitalière idoine. En Europe, seuls Bordeaux et Liège possèdent une telle structure.

Precu souvent comme une fatalité typique de notre société de consommation, le suicide est pourtant un fléau qu'il est possible de combattre en partie sans renfermer le monde, estime le psychiatre François Ladame, du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Un canton qui lui doit l'ouverture, le 28 octobre prochain, du premier centre de soins et de prévention pour jeunes suicidaires jamais mis sur pied en Suisse.

Pourquoi se concentrer sur les jeunes? D'abord parce que la Suisse, qui totalise chaque année environ 1500 suicides et 10 000 consultations médicales pour tentative de suicide, est l'un des pays dont les jeunes de 15 à 24 ans paient le plus lourd tribut au phénomène. Celui-ci, en ce qui les concerne, représente même la seconde cause de décès après les accidents. Donc avant la toxicomanie ou le sida par exemple, dont on parle pourtant beaucoup plus. Sur Genève plus particulièrement, on en compte une centaine de personnes

tuellement dix patients de plus de 16 ans ayant fait une tentative de suicide ou traversant une grave crise suicidaire, elle ne fonctionnera que sur le principe de l'admission volontaire. Comme l'unité répondra à des situations de crise, la durée moyenne du séjour des patients sera de dix à quinze jours. Elle ne devra pas, en principe, dépasser quatre semaines.

La nouvelle infrastructure, explique M. Ladame, qui en est la cheville ouvrière, sera une sorte de relais entre les urgences somatiques et les soins extrahospitaliers. Plus humainement dit, elle constituera un espace de transition entre la vie dans laquelle vivait le jeune suicidant et celle où il va retourner, un sas pour souffler.

PAS POUR LES FOUS

Sa mission sera, bien sûr, de faire baisser considérablement le nombre

de tentatives de suicides, d'éviter la banalisation de l'acte suicidaire et de prendre en considération le désir implicite de rupture qui le sous-tend. A leur sortie, les patients devront être convaincus de la nécessité d'une aide psychologique ou sociale à plus ou moins long terme. Après une tentative de suicide, le premier entretien avec un spécialiste à l'hôpital va en effet trop vite. L'adolescent n'ira pas au rendez-vous fixé pour une psychothérapie. Il dira que c'est pour les fous et que, comme il ne veut de toute façon plus se tuer, il n'en voit pas le besoin. La! souvent, il recommencera.

Le travail sur la «crise suicidaire» sera réalisé au moyen d'entretiens individuels réguliers, de groupes thérapeutiques, d'activités collectives ou individuelles, à vocation éducative ou récréative. Des médicaments pourront éventuellement être prescrits. Une at-

tention particulière sera également prêter aux familles et à l'entourage des jeunes «suicidants», dont il s'agira d'améliorer la qualité de vie. Des recherches montrent que celle-ci n'est souvent pas folichonne; le geste suicidaire est rarement un geste isolé.

DISPOSITIF PRÉVENTIF

Des lors, parallèlement à la mise sur pied de l'unité pour jeunes suicidants, sera aussi mis sur pied un dispositif de prévention, de recherche et de documentation sur le suicide. Selon M. Ladame, il s'agit par exemple de prévenir les effets négatifs de l'ouverture de l'unité, dont la médiatisation risque de faire croire à l'existence de la voie royale du suicide pour avoir droit à des soins de qualité...

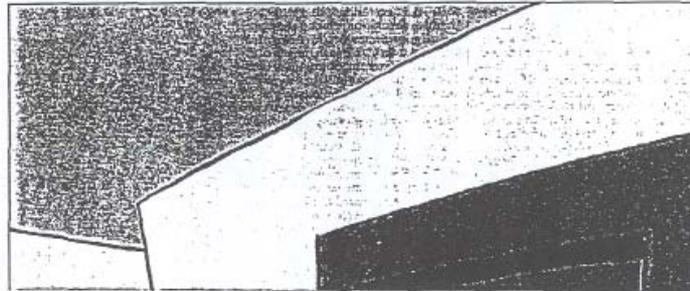
Surtout, afin de prévenir en amont la tentative de suicide, des experts atteignables par téléphone seront à dis-

position, de façon personnalisée, des appelants (des le 28 octobre au 022/382 42 42). Ces derniers ne seront pas forcément des suicidaires, mais des médecins généralistes, des pédiatres, des éducateurs ou des infirmières avec qui les jeunes concernés prennent souvent contact avant de passer à l'acte, mais qui ne savent pas que faire. L'idée est de créer un dispositif permettant de gérer à deux la responsabilité. Pas pour se substituer à l'appelant, mais pour mieux gérer la crise.

Enfin, outre l'information et la formation des personnes clés auprès de la jeunesse pour déceler les signes avant-coureurs du suicide, le dispositif de prévention fonctionnera notamment comme médiateur lors d'issues fatales. Pourquoi? En cas de mort volontaire, un sujet encore tabou, on en parle à mots couverts dans la famille, en classe ou au foyer. Les personnes les plus vulnérables, un peu comme en cas de guerre ou de catastrophe, développent une situation de culpabilisation ou de stress, source de dysfonctionnement très importante et facteur en lui-même de suicide. Mieux vaut mettre à plat ces sentiments, avant qu'ils ne fassent trop de dégâts.

PUBLIC ET PRIVÉ ENSEMBLE

L'unité pour jeunes suicidants sera dotée, en équivalent plein-temps, de deux postes de médecins, d'un demi-poste de psychologue, d'un demi-poste d'assistant social et de neuf postes et demi d'infirmières. Son fonctionnement sera financé au début pour moitié par Children Action, une fondation pour la protection de l'enfance et l'action humanitaire créée en 1994, avec siège à Genève. Cette organisation privée versera 1,4 million de



se donnent chaque année volontairement la mort et où plus de 500 essaient de le faire, un cinquième des tentatives sont le fait d'« ados » ou de jeunes.

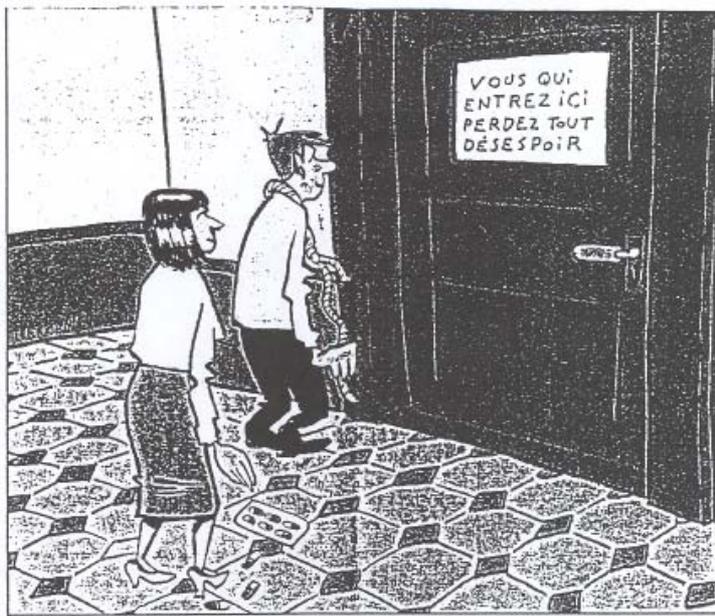
PAS UN DÉSIR DE MORT

Ensuite, parce qu'une tentative de suicide d'un jeune ne découle généralement pas d'un désir de mort à proprement parler, mais d'un refus de vivre une vie ayant perdu son sens. La nuance, de taille, justifie peut-être encore plus que les statistiques une prise en charge prioritaire des adolescents. Or, actuellement, le dispositif genevois ne leur offre guère d'alternative: l'Hôpital des enfants ne peut pas accueillir les plus de 15 ans, alors qu'une hospitalisation en psychiatrie adulte avec des patients souffrant d'autres pathologies est rarement indispensable. Par ailleurs, le suivi dans le cadre d'une consultation médicale ordinaire s'avère le plus souvent insuffisant: le risque de récurrence est majeur durant l'année qui suit la tentative.

Enfin, last but not least, l'expérience lancée en première européenne par Bordeaux (voir ci-dessous) ne pouvait qu'encourager les Genevois, du moment qu'ils voulaient s'attaquer de front à ce grave problème de santé publique, à commencer par la classe d'âge la plus vulnérable.

ADMISSION VOLONTAIRE

Baptisée initialement « unité pour jeunes suicidants » par M. Ladame et son équipe, celle-ci portera finalement le nom d'« unité de crise adolescents et jeunes adultes ». Elle sera sise au boulevard de la Cluse 57 et administrativement rattachée aux H.U.G. Prévue pour accueillir au départ huit, éven-



A Bordeaux, les récurrences ont baissé de moitié

La première « unité pour jeunes suicidants » de Suisse fera l'objet d'une évaluation par un organisme indépendant, en l'occurrence l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne. En attendant, parlons un peu des résultats positifs déjà obtenus à Bordeaux, où n'a pourtant pas été mis sur pied en parallèle le dispositif préventif prévu à Genève.

Dans la ville du nord de l'Aquitaine, on parle d'« unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte ». Rattachée au Centre hospitalier régional Abadie, elle a été ouverte en

novembre 1992 en première européenne. L'unité, dotée de quinze lits, accueille environ 400 jeunes par an, pour 515 séjours d'une durée moyenne de neuf jours (certains résidents sont amenés à y revenir). En moyenne, 80% d'entre eux ont fait une tentative de suicide et sortent des urgences de l'hôpital, alors que 20% ont été signalés par leur entourage comme des personnes à haut risque. Ils sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire de 26 personnes.

Selon Xavier Pommeroy, responsable de l'unité, le taux de mortalité

par suicide de la population des jeunes de moins de 25 ans ayant transité par Abadie a diminué de moitié au moins par rapport à la moyenne européenne. De même, en ce qui concerne les récurrences non mortelles, leur taux a passé de 30% à 15%. Mieux, alors qu'il y a normalement aggravation du geste suicidaire au fil des tentatives, seuls la moitié des « récidivistes » ont dû être hospitalisés pour soins somatiques.

Enfin, alors que généralement seul un jeune suicidaire sur dix admis aux urgences d'un hôpital suit le conseil d'aller voir ensuite un spécialiste, ils

sont sept sur dix, après un séjour à l'unité d'Abadie, à le faire. Le suivi ultérieur, important pour diminuer les risques de récurrence s'en trouve grandement facilité. A tel point, assure M. Pommeroy, que ce ne sont plus les jeunes ayant passé par l'unité qui camouflent leurs éventuelles récurrences. Mais, dans 25% des cas, les médecins généralistes. Ces derniers prennent ça comme un échec personnel.

M. Pommeroy parle de ses expériences dans « L'adolescent suicidaire », ouvrage paru cette année aux éditions Dunod, à Paris.

francais, repartis sur trois ans, par suite, l'unité sera totalement à charge du budget ordinaire de l'Etat.

Quant à la prévention, les trois quarts d'un poste y seront dans un premier temps affectés. Cela paraît modestes, mais il ne faut pas oublier réseau d'échanges qui sera mis en place. Le financement du dispositif, budgétisé pour l'instant à 100 000 francs par an, est assuré pour deux ans grâce de nouveau à Children Action, qui avait organisé à cette fin un gala mois de mars. Mais M. Ladame désespère pas de trouver de l'argent ailleurs. Déjà, le président de l'Association locale des jeunes restaurateurs discute de prélever, en accord à tous les jeunes restaurateurs de Suisse une somme symbolique sur leur cotisation d'affaires pour la cause.

YVAN L.

Fribourg se tâte

Fribourg, confirme le médecin cantonal Georges Demierre, suivi avec beaucoup d'intérêt l'expérience genevoise. Il faut dire qu'ainsi que le confirmait en janvier rapport intitulé « La santé dans le canton de Fribourg », le suicide y a plus de ravages que dans n'importe quel autre pays du pays. Selon document, 161 hommes et 62 femmes se sont donné volontairement la mort entre 1989 et 1992. Soit, taux respectif, pour ces quatre années, de 46,1 et de 17,9 par 100 000 (en Suisse, le taux de suicide est en moyenne de 23 par 100 000 habitants). Les accidents de véhicules à moteur, durant même période, ont moins tué: 7 hommes et 36 femmes. Fribourg envisage toutefois pas, en l'état, d'imiter Genève. Un groupe inter-parlementaire est en train de rédiger un catalogue de mesures susceptibles de résoudre les problèmes évoqués dans le rapport précité ce qui concerne le suicide, il s'agit notamment d'œuvres d'éducation à la santé pensées à l'école sur l'hygiène mentale. Dans le même ordre d'idées pour ce qui est des adresses pourrait renforcer en ce domaine le rôle des médiateurs du centre de formation. Enfin, suite à la hausse de troubles psychiatriques constatée dans un collège, la question de l'ouverture d'un service psychologique est à l'étude.

