



HAL
open science

Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents

C.-E. Notredame, F. Medjkane, A. Porte, O. Desobry, F. Ligier

► To cite this version:

C.-E. Notredame, F. Medjkane, A. Porte, O. Desobry, F. Ligier. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents. *L'Encéphale*, 2019, 45 (Suppl. 1), pp.S32-S34. 10.1016/j.encep.2018.10.007 . hal-02007903

HAL Id: hal-02007903

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02007903v1>

Submitted on 19 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents

Relevance and experience of Surveillance and Brief Contact Intervention systems in preventing reattempts of suicide among children and adolescents

**Charles-Edouard Notredame^{1,2}, François Medjkane^{1,2}, Amélie Porte^{1,2},
Olivia Desobry^{1,2}, Fabienne Ligier^{3,4}**

1. Pôle de psychiatrie, CHU Lille, 2 rue André Veraeghe, 59000 Lille
2. SCALab, CNRS-UMR 9193, Lille, France
3. Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Psychothérapeutique de Nancy
4. EA 4360, APEMAC, Université de Lorraine, Nancy

Correspondance à : Charles-Edouard Notredame

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Fontan, CHRU de Lille, 2 rue André Veraeghe, 59000 Lille

Courriel : charles-edouard.notredame@chru-lille.fr

Conflict of interest declaration

None of the author have any conflict of interest to declare.

Funding

The Vigilans program was funded by the Agence Régionale de Santé de la Région Hauts-de-France

Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents

Relevance and experience of Surveillance and Brief Contact Intervention systems in preventing reattempts of suicide among children and adolescents

Résumé

En France, près d'un adolescent sur 10 a déjà fait une tentative de suicide. La récurrence suicidaire reste fréquente et grève le pronostic vital, morbide et fonctionnel des jeunes à long terme. Depuis une quinzaine d'années, les dispositifs de veille et de recontact (DVR) se sont ouverts aux populations mineures pour compléter les stratégies de prévention de la récurrence qui leur sont dédiées. La cohérence d'une telle ouverture apparaît à la perspective du défaut d'accès aux soins observé à cet âge. En plus de faciliter l'articulation des différents professionnels mobilisés, les DVR contribuent à lever les barrières à la recherche d'aide, parmi lesquelles l'ambivalence dont font preuve les adolescents pour qui l'autonomisation prime. Les premiers résultats des DVR développés en France auprès des adolescents (dispositifs de l'Asma et de Sépia, Vigilans Ado, Mediaconnex) sont encourageants. Même si la mise en place de ces dispositifs rencontre des défis particuliers au jeune public, il nous semble qu'ils constituent une voie de progression franche pour la prévention de la récurrence suicidaire, tant ils viennent en articulation, en complémentarité, voire en synergie des forces déjà mobilisées autour des jeunes en souffrance.

Mots-clés: tentative de suicide ; prévention ; adolescent ; recontact ; veille

Summary

In France, one adolescent out of ten has already attempted suicide. In this population, suicide reattempts are frequent and significantly impact the vital, morbid and functional long-term prognosis. For about fifteen years, Surveillance and Brief Contact Intervention Systems (SBCIS) have been used to complete the French suicide reattempt prevention arsenal for youth. The relevance of such strategy appears once the mental health service gap observed at this period of life is considered. In addition to prompting better coordination between the different professional stakeholders, the SBCIS help to alleviate the adolescent's help-seeking barriers, especially the ambivalence between conquest of autonomy and need for help. The first results from the French SBCIS dedicated to children and adolescents are encouraging. Although they have to deal with specific challenges, we argue that they relevantly complement and potentiate the already available prevention resources, thus optimizing the whole prevention system for suffering youth.

Key words: suicide attempt; prevention; adolescent; brief contact intervention; surveillance

En France, près d'un adolescent sur 10 a déjà fait une tentative de suicide [1]. Dans environ 15 % des situations, un deuxième geste sera posé [2], lequel multiplierait lui-même le risque de récurrence par 2 dans les 10 ans [3]. À chaque nouvelle tentative, c'est le pronostic vital, morbide et fonctionnel du jeune qui est altéré : majoration du risque de décès par suicide, de problème de santé physique ou mentale et de comportements violents, mais aussi compromission de la qualité de vie et du tissu social à l'âge adulte [4,5].

Après s'être principalement centrée sur les soins hospitaliers, la prévention ciblée auprès des enfants et adolescents s'est récemment ouverte aux dispositifs de veille et de recontact (DVR) déjà largement expérimentés auprès des adultes. Le rationnel permettant de supposer leur efficacité particulière auprès des jeunes suicidants est consistant. D'un point de vue développemental, l'adolescence constitue une période de réaménagement des liens de socialisation que précipite l'investissement du milieu extra-familial. L'exploration des nouvelles modalités relationnelles exige l'apprivoisement de la dialectique désir d'autonomie/dépendance interpersonnelle. C'est cette dialectique qui s'avive lorsque l'adolescent est en souffrance : comment reconnaître que j'ai besoin d'aide, donc que je suis dépendant d'un tiers pour aller mieux, tout en préservant mon sentiment de capacité personnelle et mon estime de moi ? Deux caractéristiques psychologiques fréquemment observées chez les adolescents en détresse reflètent cette ambivalence : le biais d'autosuffisance, par lequel les ressources internes sont surestimées et surinvesties au détriment des ressources externes [6], et le biais de négation d'aide, par lequel la propension à chercher un appui extérieur tend à être inversement proportionnelle à l'intensité de la souffrance ressentie [7].

L'écart paradoxal entre les besoins de la population juvénile en détresse et son défaut d'accès aux soins est un constat robuste à l'international [8,9]. Un tel « fossé de service » [10] s'explique par deux composantes principales. La première est extra-personnelle et correspond aux facteurs structurels, conjoncturels ou économiques qui fragilisent l'accès ou la continuité du soin. Chez les adolescents, la dépendance financière et de mobilité, mais surtout les défauts d'articulation entre médecine de l'enfant et médecine de l'adulte [11] sont des facteurs classiquement mis en cause. La seconde composante est personnelle et correspond à l'ensemble des barrières socio-psychologiques à la recherche d'aide : biais de négation d'aide et d'autosuffisance, stigmatisation et auto-stigmatisation, défaut de pointage et de verbalisation émotionnelle, craintes quant aux questions de confiance et de confidentialité, etc. D'après la revue systématique de Michelmore et coll., moins de 50 % des adolescents présentant des idées et/ou des conduites suicidaires chercheraient à être aidés [12]. Et lorsque les adolescents établissent un premier contact avec le système soignant, l'alliance reste fragile. Dans une étude publiée par Ligier et coll., près d'un tiers d'un échantillon de 249 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide n'a pas débuté le suivi proposé, et seuls 22 % poursuivaient un suivi à 6 mois [13].

C'est suite au constat de cette grande fragilité du lien soignant que les DVR dédiés à la population infanto-juvénile se sont développés en France depuis une quinzaine d'années. Le dispositif le plus ancien a été implanté fin 2002 à Marseille, sous l'impulsion de l'Association Suicide Mal-être chez l'Adolescent (ASMA). Il consiste en un réseau ville-hôpital ayant pour objectif l'amélioration de la prise en charge post-hospitalière des adolescents suicidants. À chaque adolescent acceptant d'entrer dans le dispositif est attribué un référent qui l'appelle mensuellement les 3 premiers mois, puis de manière trimestrielle pendant une année. Les

contacts téléphoniques visent à s'enquérir de l'évolution de la situation du patient et à ajuster le protocole de soins au besoin [14]. L'adolescent et sa famille peuvent, de leur côté, solliciter spontanément le référent. Sur un modèle similaire mais avec des indications plus larges, le service de psychiatrie de Rouffach et l'association Sépia proposent depuis 2015, aux jeunes suicidaires ou suicidants quittant les urgences ou un service hospitalier, de maintenir le lien par l'intermédiaire de messages ou d'appels téléphoniques. L'objectif est de soutenir la mise en place effective du suivi engagé, d'organiser une réhospitalisation en cas de nouveau risque suicidaire, de proposer une alternative thérapeutique en cas de non-adhésion au suivi et de renforcer les liens entre les partenaires [15]. Plus récemment, Vigilans Ado s'est développé au sein de Vigilans, un dispositif multi-régional de prévention de la récurrence suicidaire qui combine veille, structuration de réseau et différents types de recontacts selon un fonctionnement algorithmique. Les enfants et adolescents entrant dans Vigilans se voient remettre une carte ressource à appeler en cas de difficulté et sont rappelés à 15 jours et/ou à 3 mois selon qu'ils sont multi ou primo-suicidants. En cas de recontact infructueux ou de difficulté perçue au téléphone, les multi-suicidants reçoivent également un lot de 4 cartes postales. Enfin, le dispositif MEDIACONNEX fait, depuis février 2017, l'objet d'un essai contrôlé randomisé dans plusieurs centres du Grand Est pour évaluer l'impact d'envois systématiques de SMS aux adolescents suicidants pendant 6 mois [16].

Les premiers retours de ces différents dispositifs mettent en lumière les défis spécifiques que la veille des enfants et adolescents pose. Parce que son adaptation à la population infanto-juvénile n'a été que secondaire, la comparaison des données de fonctionnement Vigilans relatives aux 1 307 premiers enfants et adolescents suicidants (EAS) de moins de 18 ans entrés dans le système de janvier 2015 à mars 2018 à celle des adultes de plus de 18 ans est particulièrement informative (voir **Tableau 1**). Il faut en premier lieu noter que les appels de recontact passés à 10 jours aboutissaient significativement moins fréquemment chez les EAS, suggérant une moindre disponibilité à la sollicitation. Celle-ci peut être interprétée comme relevant des barrières personnelles à l'acceptation d'aide, et/ou comme procédant de la moindre compatibilité des recontacts téléphoniques de journée avec les contingences de la vie adolescente (contraintes scolaires, indisponibilité du téléphone portable, défiance quant aux moyens de télécommunication lorsqu'ils sont vecteurs de harcèlement, etc.). La médiation des contacts avec les EAS par l'autorité parentale est également une spécificité marquante pour les opérateurs. Enfin, le nombre significativement plus important d'appels émis vers des professionnels en charge des EAS suivis laisse entrevoir la part importante qu'occupe le travail partenarial et de réseau dans la veille infanto-juvénile. Malgré ces défis et complexités particulières, le nombre plus important d'appels infructueux passés à essayer de contacter les EAS suggère une sollicitude particulière des opérateurs Vigilans vis-à-vis de cette population. Cette tendance au surcroît d'inquiétude est d'ailleurs corroborée par l'adaptation spontanée de l'algorithme que plusieurs centres ont voulu pour les EAS, préférant avancer leur rappel systématique de 6 à 3 mois.

Les premiers résultats quant à l'efficacité des DVR pour les mineurs sont encourageants mais encore préliminaires [14]. Les bénéfices à en attendre peuvent toutefois être appréhendés à la lumière de la filiation de ces dispositifs aux stratégies plus larges de prévention fondées sur la reliance (« connectedness »). D'un point de vue empirique, la littérature fait état des liens robustes entre les indicateurs de reliance et les conduites et pensées suicidaires des jeunes [17]. D'un point de vue théorique les DVR ont vocation à agir sur les 3 leviers de la reliance telle que conceptualisée par Whitlock et coll. [17] : (1) ils visent à en étayer les dimensions intra-

personnelles en renforçant le sentiment d'appartenance et l'estime de soi des jeunes ; (2) ils tendent à mobiliser la responsabilité groupale autour de l'enfant ou de l'adolescent et préparent l'entourage personnel et professionnel à une plus grande réactivité ; (3) ils véhiculent des modèles normatifs protecteurs et contribuent à déconstruire les idées reçues qui minent la prévention du suicide. En d'autres termes, face au constat d'un lien qui peine à se tisser et à perdurer, les DVR prennent à bras-le-corps un travail de liance (établissement du lien) et de reliance (maintien du lien) entre l'enfant ou l'adolescent en souffrance et le système soignant (au sens large du terme), mais aussi entre les acteurs de ce système. Bien loin de la substitution, bien plus qu'un supplétif, il nous semble que de tels dispositifs constituent une voie de progression franche pour la prévention des jeunes en souffrance, tant il vient en articulation, en complémentarité, voire en synergie des forces déjà mobilisées autour d'eux.

Bibliographie

- [1] Observatoire National du Suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Paris: 2018.
- [2] Consoli A, Cohen D, Bodeau N et al. Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2 Suppl 1):S27-36.
- [3] Wong JP, Stewart SM, Claassen C et al. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(2):232-41.
- [4] Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H et al. Suicide Attempt in Young People: A Signal for Long-term Health Care and Social Needs. *JAMA Psychiatry*. 2014 Feb;71(2):119-27.
- [5] Nrugham L, Holen A, Sund AM. Prognosis and psychosocial outcomes of attempted suicide by early adolescence: a 6-year follow-up of school students into early adulthood. *J Nerv Ment Dis*. 2015 Apr;203(4):294-301.
- [6] Culp AM, Clyman MM, Culp RE. Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*. 1995 Winter;30(120):827-37.
- [7] Ciarrochi J, Deane FP, Wilson CJ, Rickwood D. Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling* 2002;30(2):173-88.
- [8] Wu P, Katic BJ, Liu X, Fan B, Fuller CJ. Mental health service use among suicidal adolescents: findings from a US national community survey. *Psychiatric Services* 2010;61(1):17-24.
- [9] Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health*. 2004 Sep-Oct;95(5):357-60.
- [10] Stefl ME, Prospero DC. Barriers to mental health service utilization. *Community Ment Health J*. 1985 Fall;21(3):167-78.
- [11] Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care: Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):358-61.

- [12] Michelmore L, Hindley P. Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review: Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm. *Suicide Life Threat Behav.* 2012 Oct;42(5):507-24.
- [13] Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: The 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. *J Adolesc.* 2015 Aug;43:111-8.
- [14] Giraud P, Fortanier C, Fabre G et al. Tentatives de suicide: étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Arch Pediatr.* 2013 Jun;20(6):608-15.
- [15] Guillon M-S, Badoc R. Prévention du risque suicidaire. Un dispositif de recontact téléphonique. *Gestions Hospitalières* [on line]. 2017 n.d.:349–51. Available from URL: <http://gestions-hospitalieres.fr/prevention-risque-suicidaire/>
- [16] Ligier F, Kabuth B, Guillemin F. MEDIACONNEX: a multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. *BMC Psychiatry.* 2016 Jul 19;16:251.
- [17] Whitlock J, Wyman PA, Moore SR. Connectedness and Suicide Prevention in Adolescents: Pathways and Implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2014 Jun;44(3):246-72.

Conflict of interest declaration

None of the author have any conflict of interest to declare.

Funding

The Vigilans program was funded by the Agence Régionale de Santé de la Région Hauts-de-France

Tableau 1. Caractéristiques et données de fonctionnement relatives aux 9 164 premiers patients entrés dans Vigilans Nord – Pas-de-Calais de Janvier 2015 à Mars 2018

	Enfants et adolescent suicidants (≤18 ans) N = 1 307	Adultes suicidants (>18 ans) N = 7 857	Test [#]	Valeur p
Caractéristiques de la population				
Âge moyen (DS)	15,89 (1,75)	41,33 (14,13)	-	-
Sexe féminin n (%)	1 034 (79,1)	4 606 (58,6)	Chi-2 = 197,91	<0,001
Primo suicidant n (%)	848 (64,9)	4 074 (51,9)	Chi-2 = 121,46	<0,001
Données de fonctionnement du dispositif				
Appels passés à J10 aboutis n (%) [†]	226 (49,2)	2057 (54,4)	Chi-2 = 4,142	0,0418
Nombre moyen d'appels non-aboutis passés à J10 (DS) [†]	2,18 (2,10)	1,99 (2,21)	W = 928740	0,0125
Appels passés à M6 aboutis n (%)	196 (15,0)	1366 (17,4)	Chi-2 = 1,041	0,308
Nombre moyen d'appels non-aboutis passés à M6 (DS)	1,07 (1,58)	1,04 (1,46)	W = 875310	0,759
Nombre moyen d'appels intermédiaires reçus (DS)	0,10 (0,42)	0,25 (1,18)	W = 4878300	<0,001
Nombre moyen d'appels reçus de l'entourage (DS)	0,09 (0,36)	0,04 (0,27)	W = 5349000	<0,001
Nombre moyen d'appels émis vers l'entourage (DS)	0,09 (0,36)	0,04 (0,27)	W = 6040500	<0,001
Nombre moyen d'appels reçus de professionnels (DS)	0,10 (0,45)	0,05 (0,30)	W = 5261300	<0,001
Nombre moyen d'appel émis vers des professionnels (DS)	0,38 (1,18)	0,33 (0,98)	W = 5134700	0,998

[#] Les moyennes sont comparées au moyen de tests de Mann-Whitney bilatéraux, les proportions sont comparées aux moyens de tests du Chi-2. [†] Les analyses concernant les appels à J10 ne concernent que la population de multi-suicidants. **DS.** Déviation Standard ; **J10.** 10 jours après la tentative de suicide indexe; **M6.** 6 mois après la tentative de suicide indexe.