

# **Prévention du suicide chez les adolescents : les implications de l'infirmière scolaire face au dépistage, à l'évaluation et à l'orientation**

**Une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Laura Waeber et Ramona Hunkeler**  
Promotion 2014-2017

Sous la direction de : Margaretha Mignon

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

13 Juillet 2017

## Résumé

**Contexte et but :** Le suicide constitue en la deuxième cause de mortalité des personnes âgées entre 15 et 20 ans. En Suisse, environ 5% des adolescents scolarisés ont fait une tentative de suicide contre environ 0.2% en Europe (Duperrex, Durgnat, & Richard, 2012). Le but de cette revue est de déterminer les compétences d'une infirmière scolaire dans la prévention du suicide des adolescents. Celles-ci sont l'observation des signaux d'alerte et des facteurs de vulnérabilité, le dépistage et l'évaluation avec les techniques d'entretien spécifiques aux adolescents et finalement, l'orientation des adolescents vers des structures adaptées.

**Méthode :** Les banques de données Pubmed, CINAHL et Google Scholar ont été utilisées afin de trouver des articles correspondant à la problématique et à nos critères de sélection. Six articles ont été retenus dont un devis qualitatif, trois devis quantitatifs, un devis mixte et une revue systématique. Ils ont ensuite chacun été analysés et synthétisés grâce à deux grilles, une grille de résumé et une grille critique.

**Résultats :** Les résultats de cette revue ont été structurés en cinq thèmes principaux : les adolescents : leurs principales préoccupations et les facteurs influençant le risque de suicide ; les compétences et les besoins de l'infirmière scolaire dans la prise en charge du mal-être des adolescents ; le dépistage et l'évaluation en milieu scolaire ; les programmes de prévention ; la recherche d'aide et les ressources. Ces thèmes permettent de comprendre à travers divers aspects les enjeux de la prise en charge du mal-être des adolescents par l'infirmière scolaire.

**Discussion et conclusion :** L'adolescence regroupe de nombreuses spécificités auxquelles l'infirmière scolaire doit être attentive lors du dépistage des jeunes à risque de suicide. Des outils d'entretien ou d'évaluation reconnus, comme le HEADSS, doivent être utilisés pour l'identification de ces jeunes. L'infirmière scolaire a une

position primordiale dans la prise en charge de la santé mentale des adolescents. Elle ne dispose toutefois pas toujours de la collaboration et des ressources nécessaires (soutien de structures spécialisées dans la santé psychique) pour le faire de façon optimale.

**Mots-clés :** school, nurse's role, suicide, suicide risk, adolescent, screening, assessment, nurse school, prevention

## Tables des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Remerciements .....	ii
Introduction.....	1
Etat des connaissances.....	5
Problématique .....	16
Question de recherche .....	17
Objectif de recherche.....	18
Cadre théorique.....	19
Théorie .....	20
Approche écologique de la prévention du suicide par White et Jodoin (1998).....	20
Facteurs prédisposants.....	23
Facteurs contribuant.....	24
Facteurs précipitants.....	24
Facteurs protecteurs .....	25
Méthode .....	26
Argumentation du devis de recherche .....	27
Etapas de réalisation .....	27
Banques de données.....	28
Mots MeSH et mots-clés.....	28
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	29
Résultats .....	30
Critères des études retenues.....	31
Adolescents : leurs principales préoccupations et les facteurs influençant le risque de suicide .....	32
Principales préoccupations des adolescents.....	32
Facteurs influençant le risque de suicide .....	33
Compétences et besoins de l'infirmière scolaire dans la prise en charge du mal-être des adolescents.....	34
Dépistage et évaluation en milieu scolaire .....	36
Programmes de prévention.....	38

Recherche d'aide et ressources.....	41
Discussion .....	43
Forces et faiblesses des articles retenus .....	52
Limites .....	52
Implications pour la pratique .....	53
Conclusion.....	55
Références .....	58
Appendice A .....	63
Appendice B .....	65
Appendice C .....	69
Appendice D.....	121

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots MeSH et mots-clés .....	29
Tableau 2 : Synthèse des résultats du DAQ .....	36
Tableau 3 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant les connaissances du suicide .....	39
Tableau 4 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant les attitudes face au suicide et à la dépression.....	39
Tableau 5 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant la recherche d'aide .....	40

## **Liste des figures**

Figure 1: Approche écologique de White et Jodoin (1998).....	23
--	----

## **Remerciements**



Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Margaretha Mignon, directrice de notre Bachelor Thesis, pour son soutien tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi que pour sa disponibilité.

Dans cette rubrique, nous voulons également adresser nos remerciements à Madame Aurélie Klingshirn, responsable de module, pour son engagement durant ce module et son ouverture à nos diverses questions.

Nous remercions chaleureusement les personnes ayant pris le temps de corriger et de relire notre travail.

Finalement, nos remerciements vont à notre entourage pour leurs encouragements et leur aide tout au long de nos études.

## **Introduction**

Le choix de traiter de la prévention du suicide des adolescents en milieu scolaire a été dicté par différentes envies. Premièrement, nous voulions approfondir une thématique que nous n'avions pas encore eu l'occasion de traiter durant notre cursus scolaire. Deuxièmement, nous souhaitons mieux comprendre la problématique du suicide à cette période-là de la vie afin de saisir les raisons pour lesquelles cette thématique reste actuellement encore taboue. Selon Duperrex et al. (2012), à ce jour, l'efficacité de la prévention du suicide en milieu scolaire n'est pas prouvée. Deux approches différentes existent : les opposants et les adhérents aux interventions en milieu scolaire. Les adhérents précisent que l'école est l'endroit le plus adéquat pour sensibiliser les adolescents, car ils y passent la plupart de leur temps. Les opposants, au contraire, déclarent que le suicide reste encore trop tabou et craignent qu'en parlant de ce sujet aux adolescents, ceci les incite à passer à l'acte. Ils pensent même que cela pourrait créer un effet de groupe et d'imitation autrement appelé « l'effet Werther ».

Nous avons, par la suite, décidé de nous pencher sur l'infirmière scolaire, dont le rôle et les missions sont encore trop peu connus dans notre pays. Elle dispose de compétences dans le dépistage, l'évaluation et l'orientation des jeunes à risque de suicide. Ce travail va donc nous permettre d'approfondir nos connaissances et nous donner des pistes d'actions sur la prévention du suicide des adolescents par l'infirmière scolaire.

Selon le document Stop Suicide (2012) « le suicide est rarement une recherche de la mort, il vise d'abord la fin d'une souffrance » (p.2). Précédant le suicide, il existe, selon Jeanneret, un certain nombre de crises qui ne sont pas visibles aux yeux de la société. Au premier plan apparaissent les crises régulières, en deuxième plan, les crises avec pensées suicidaires et pour terminer les crises avec menaces de suicide.

Le suicide n'apparaît alors qu'après ces diverses crises et il est considéré comme la pointe de l'iceberg (1982, cité dans Stop Suicide).

Selon les chiffres de l'Office fédéral des statistiques (OFS) (2015), « entre 2009 et 2013, en Suisse, en moyenne 133 jeunes de moins de 30 ans ont mis fin à leurs jours chaque année ». Trente-deux d'entre eux avaient moins de 20 ans. L'OFS relève que 80% des suicides sont accomplis par des jeunes hommes dans cette tranche d'âge. Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des personnes âgées entre 15 et 20 ans. En Suisse, environ 5% des adolescents scolarisés ont fait une tentative de suicide contre environ 0.2% en Europe (Duperrex et al., 2012).

A la lumière de ces différentes sources, nous nous sommes alors rendues compte que la problématique du suicide est encore plus complexe qu'imaginée. Ces chiffres démontrent également que le suicide des adolescents est une problématique en Suisse et qu'il y a encore de nombreux efforts à fournir au niveau de la prévention du suicide.

Notre revue de littérature présentera dans un premier temps l'état des connaissances en abordant les sujets suivants : l'adolescence, la santé psychique à l'adolescence, les facteurs de risque, de protections et de vulnérabilité des adolescents, le processus suicidaire des adolescents, les chiffres suisses, le milieu scolaire et le rôle que l'infirmière scolaire peut jouer dans la santé mentale des jeunes. Dans un deuxième temps, nous développerons notre problématique afin de mettre en évidence la question de recherche précise en déterminant le contexte, la population et les interventions. Dans cette rubrique, nous établirons également l'objectif de ce travail. Dans un troisième temps, nous allons expliquer le cadre de référence qui est l'approche écologique de la prévention du suicide de White et Jodoin (1998) et le modèle de Bronfenbrenner (1979), qui a inspiré cette approche. La méthode arrivera

alors dans un quatrième temps. Cette partie démontrera les bases de données sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour la recherche de nos études. Les mots MeSH et les mots clefs utilisés seront également explicités. Les résultats de nos études seront ensuite décrits dans un nouveau chapitre. Nous avons décidé de les séparer en cinq thèmes distincts. Ces thèmes sont les suivants : les adolescents : leurs principales préoccupations et les facteurs influençant le risque de suicide ; les compétences et les besoins de l'infirmière scolaire dans la prise en charge du mal-être des adolescents ; le dépistage et évaluation du risque suicidaire en milieu scolaire ; les programmes de prévention ; la recherche d'aide et les ressources. Nous expliquerons également dans ce chapitre comment nous avons procédé pour mettre en évidence ces différents points. Finalement, nous terminerons avec la discussion et la conclusion. La discussion permettra d'interpréter nos résultats à l'aide de notre cadre de référence et de les confronter. Nous exprimerons un regard critique sur notre travail en identifiant nos limites et nous formulerons nos recommandations pour la pratique professionnelle. La conclusion permettra de mettre un point final à notre travail en relevant nos apprentissages effectués au cours de ce travail de Bachelor tant au point de vue professionnel que méthodologique. Les diverses perspectives d'approfondissement du sujet seront également démontrées.

Nous tenons à préciser que tout au long de notre travail, nous avons utilisé les termes « garçons », « filles » et non pas « hommes », « femmes » afin d'être plus en lien avec l'âge de nos sujets de recherche, les adolescents.

**Etat des connaissances**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2017) définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Coleman (2011) et Kail (2007) définissent la puberté comme une étape de vie compliquée. Cette phase inclut diverses modifications au niveau de l'évolution sexuelle et une activation importante de la croissance chez les jeunes. Celle-ci débute environ 2 ans plus tôt chez les filles que chez les garçons (Coleman, 2011 ; Kail, 2007, cités dans Blaser & Amstad, 2016). Graber, Nichols et Brooks-Gunn (2010) et Mendle, Turkheimer et Emery (2007) précisent encore que « les bouleversements anatomiques, physiologiques et hormonaux » rencontrés lors de la puberté peuvent être sources de douleurs physiques. Les changements du corps peuvent également éveiller un mal-être, des insatisfactions et des préoccupations (Graber, Nichols & Brooks-Gunn, 2010 ; Mendle ; Turkheimer & Emery 2007, cités dans Blaser & Amstad, p.60).

Durant cette période de transition, les jeunes se sentent très vulnérables, ils sont dans une phase d'hésitation entre ne plus être un enfant et devenir un adulte (Blaser & Amstad, 2016). Oerter et Dreher (2008) mettent en évidence un nombre important de challenges dans le développement de l'adolescent comme : « se constituer un cercle d'amis, accepter les modifications corporelles liées à la puberté, acquérir les rôles de genre, entretenir des relations plus étroites, intimes, se détacher des parents, prendre des décisions concernant les choix d'une profession » (2008, cité dans Blaser & Amstad, p. 73). Il existe également d'autres défis qui sont le fait de « développer des représentations sur sa vie de couple et la famille, apprendre à se connaître et s'évaluer, développer et défendre ses propres conceptions du monde et attitudes, développer des perspectives d'avenir et des objectifs de vie » (2008, cité dans Blaser & Amstad, p. 73).

Stassen Berger relève que l'importance croissante du groupe de pairs, avec lesquels les jeunes passent toujours plus de temps est aussi une caractéristique de l'adolescence (2012, cité dans Blaser & Amstad, 2016). Les jeunes commencent à s'intéresser aux relations amoureuses, à la sexualité et placent l'apparence au centre de leurs préoccupations (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Un autre enjeu de l'adolescence est l'expérimentation des comportements adultes. Cette période de vie rime avec des apprentissages, des explorations et surtout la recherche de sa propre identité. Les adolescents acquièrent parfois de nouveaux comportements (consommation d'alcool, de drogues, rapports sexuels regrettés) qui peuvent être vus comme risqués à leur âge (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Plaumann, Busse et Walter indiquent que ces comportements à risque peuvent également arriver lors de stress important (2006, cité dans Blaser & Amstad, 2016).

Les enfants et les adolescents ont une perception différente de la santé que les adultes. Pour eux, être en mauvaise santé n'est pas lié au nombre de pathologies mais plutôt à une détérioration de leur bien-être (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). L'auto-évaluation des adolescents concernant leur état de santé est donc un critère adéquat pour évaluer leur santé psychique. Ainsi, l'étude HBSC (health behaviour in school-aged children) a reporté en 2016, l'état de santé des élèves de 11 à 15 ans sous forme d'auto-évaluation. Nous avons relevé dans cette étude plusieurs points importants. La majorité des élèves, se considèrent en bonne ou en excellente santé (selon les âges : entre 91,2% et 94,1% pour les garçons et entre 86,9% et 92,8% pour les filles). L'étude s'est aussi penchée sur la satisfaction des jeunes face à la vie. Les résultats révèlent que la satisfaction était de moyenne à très élevée chez la plupart des élèves (selon les âges : entre 90,2% et 92,5% chez les garçons et entre 82,9% et 87,2% chez les filles) (Blaser & Amstad, 2016).



La santé psychique des adolescents, pour sa part, tient compte de multiples facteurs qui sont transmis par les parents, les pairs, l'école et les lieux d'apprentissages (Blaser & Amstad, 2016). D'après Bachmann et al., chez les filles les troubles psychiques sont plus fréquents que chez les garçons. En effet, 15% des filles contre 8% des garçons déclarent avoir eu des symptômes dépressifs allant de modérés à sévères (2015, cité dans Blaser & Amstad). L'étude de Hilti précise que « parmi les jeunes de 15 à 20 ans, près de la moitié des jeunes filles et environ un tiers des jeunes hommes indiquent avoir eu besoin d'aide pour cause de stress et nervosité » (2012, cité dans Blaser & Amstad, p.221). Dans les recherches de Bürli, Amstad, Duetz, Schmucki & Schibli, les troubles psychiques liés à l'adolescence les plus cités sont les troubles anxieux à 10,4%, les troubles antisociaux à 7,5 %, la dépression à 4,4% et les troubles hyperkinétiques (troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) à 4,4% (2015, cité dans Blaser & Amstad). Ihle & Esser relèvent que les jeunes hommes ont plus tendance à développer des troubles hyperkinétiques, antisociaux et des troubles causés par l'abus de substances que les jeunes filles. Celles-ci ont alors plus tendance à développer des troubles liés à l'alimentation, des troubles psychosomatiques, dépressifs et anxieux (2002, cité dans Blaser & Amstad).

Il existe des facteurs protecteurs quant à la santé psychique des adolescents. Ayotte, Fournier et Riberdy (2009) et L'OMS (2005) les mettent en évidence dans leurs écrits. Pour commencer, il y a toutes les ressources personnelles : « une estime de soi positive, des habiletés de gestion du stress, de bons mécanismes de résolution de problèmes, un sentiment d'efficacité personnelle positif, des habiletés cognitives, la capacité à apprendre de ses expériences » (p. 61). Les deux auteurs ajoutent « des habiletés relationnelles (notamment l'aptitude à nouer des amitiés), le fait d'être affectivement lié à d'autres (parents ou autre adulte significatif), le fait d'être populaire

auprès des pairs et la perception de soi comme une personne attrayante » comme étant des facteurs protecteurs personnels (Ayotte et al., 2009 ; OMS, 2005, cités dans Blaser & Amstad, 2016, p.61). De plus, Stassen Berger reporte que les bons résultats scolaires et le fait d'avoir des loisirs appréciés sont également des facteurs protecteurs (2012, cité dans Blaser & Amstad,).

D'autres ressources proviennent de l'environnement des jeunes, telles que le soutien social. Un soutien des parents et des proches perçu comme bon peut renforcer leur bien-être et donc améliorer leur santé mentale (Colarossi & Eccles, 2003, cité dans Blaser & Amstad, 2016). D'ailleurs, McNeely et Falci (2004), Tomcikova et al., (2011) ont démontré une corrélation entre la consommation de drogues et le manque de soutien des adultes (2011, cité dans Eichenberger & Delgrande Jordan, 2017). Un autre exemple est qu'un soutien familial de bonne qualité peut diminuer l'effet d'une faible estime de soi, qui est un des facteurs de risque dans la suicidalité des adolescents (Sharaf, Thompson, & Walsh, 2009).

Quant aux ressources liées à l'école, certaines composantes ont un effet sur le bien-être des élèves. Les auteurs apportent comme exemples une ambiance harmonieuse, un sentiment d'appartenance à l'école, des examens impartiaux et adaptés au niveau scolaire, un climat scolaire agréable simplifiant l'apprentissage (Blaser & Amstad, 2016).

Au contraire, d'autres facteurs peuvent contribuer au mal-être des adolescents. Selon Egles et Collègues (1997), les facteurs de risque reliés à l'émergence de troubles psychiques chez les jeunes sont : « statut socio-économique bas, mère active professionnellement pendant la première année de vie, faible niveau d'éducation des parents, famille nombreuse vivant dans un très petit logement, différence d'âge de plus de 18 mois avec la sœur ou le frère suivant » (cité dans

Blaser & Amstad, 2016, p.72). Les auteurs rajoutent les facteurs de risque suivants pouvant aussi mener à un trouble psychique, comme le fait d'avoir une mère célibataire, un père autoritaire, le décès de la mère, des disputes au sein de la famille, des parents ayant des problèmes avec la loi, des maladies psychiatriques ou physiques des parents, un contact insuffisant avec les pairs. (1997, cité dans Blaser & Amstad, 2016)

De même, les évènements de vie négatifs qui induisent des changements importants et parfois brusques, peuvent mener à un haut niveau de stress et avoir donc une influence sur la santé psychique. Le deuil, un divorce des parents, un échec scolaire ou un déménagement en sont des exemples. D'autres facteurs comme des disputes avec les proches, le harcèlement, l'exclusion, les difficultés financières dans la famille, les difficultés scolaires ou la maladie physique chronique influe aussi négativement sur la santé des adolescents. Des évènements mineurs peuvent aussi avoir un effet sur cette dernière tels que les disputes entre frères et sœurs, recevoir une mauvaise note, avoir trop de travail pour l'école (Blaser & Amstad, 2016). Toutefois, Réveillère & Courtois précisent qu'il est difficile de dire quels événements sont majeurs et lesquels sont mineurs car il faut prendre en compte la perception de chaque adolescent (2007, cité dans Blaser & Amstad).

Les relations avec les pairs ont également des conséquences sur la santé des jeunes. Ces conséquences peuvent être positives ou négatives sur le développement social et cognitif de ceux-ci. Tout dépend de « la dynamique de groupe, la hiérarchie dominante, les normes et les valeurs vécues au sein de ce groupe, l'esprit du temps, la disposition du moment de chacun des membres ainsi que l'inventaire de personnalité des personnes concernées » (Blaser & Amstad, 2016, p. 73).

Relevons que, face au suicide, certaines populations sont plus vulnérables que d'autres. Parmi les jeunes, les consommateurs de substances, les membres de la communauté LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres), les migrants, les individus subissant de la maltraitance ou des abus sexuels et les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire sont ainsi plus exposées que d'autres (Duperrex et al., 2012). En outre, l'OMS (2014) met en évidence que le taux de suicide chez les LGBT est supérieur à celui des personnes hétérosexuelles. Selon Wang, Hausermann, Wydler, Mohler-Kuo et Weiss (2014), le risque suicidaire est multiplié jusqu'à cinq chez les adolescents homosexuels ou bisexuels.

La crise suicidaire se divise généralement en cinq étapes principales : « La recherche active de solutions, les flashes suicidaires et apparition des idées suicidaires, les idéations suicidaires, les ruminations suicidaires et finalement la cristallisation, l'élaboration d'un plan suicidaire et le passage à l'acte » (OIIQ, 2007, p.15). Toutefois, le processus suicidaire chez les jeunes diffère quelque peu car beaucoup d'entre eux ne traversent pas ces différentes phases avant de se suicider. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la particularité chez les adolescents est que divers facteurs tels que « l'impulsivité, l'intoxication à l'alcool ou aux drogues, un trouble mental, des événements stressants tels qu'une rupture amoureuse, des problèmes disciplinaires ou judiciaires » (p. 16) peuvent fortement précipiter le passage à l'acte (OIIQ).

La suicidalité des jeunes peut être révélée par certains signaux d'alerte comme « une chute brutale des résultats scolaires, l'abattement, l'irritation, l'indifférence, le repli social, le refus d'aller à l'école, une prise de risque inhabituelle ou encore un comportement autodestructeur » (Meister & Böckelmann, 2015, p.13). Les adolescents ont un risque accru de 15% de commettre des comportements autodestructeurs. Les plus fréquents sont l'automutilation entre 70 et 90% des cas,

se cogner la tête ou se frapper entre 21 et 44% des cas et les brûlures entre 15 à 35% des cas. Il existe certains signes avant-coureurs de ces comportements : les blessures fréquentes, la faible estime de soi, la difficulté à gérer ses émotions, les problèmes relationnels, les difficultés familiales, scolaires ou professionnelles (Mental Health America, 2017). Il est donc important de ne pas banaliser tous ces signes de manière à pouvoir identifier une crise suicidaire.

Dans la thématique du suicide, il existe de nombreuses différences entre les sexes. Même si les filles sont deux à trois fois plus nombreuses à effectuer des tentatives de suicide, les garçons passent deux à quatre fois plus à l'acte et emploient des méthodes plus fortes pour y arriver (Duperrex et al., 2012). L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2016) liste les moyens utilisés par les adolescents de 10 à 19 ans pour se suicider. Il est à noter que, pour les garçons, les méthodes les plus répandues sont l'impact véhiculaire, la pendaison, le saut dans le vide et l'arme à feu. Pour le sexe féminin, ce sont également l'impact véhiculaire, la pendaison et le saut dans le vide mais en quatrième position se trouve l'intoxication. Il est important de savoir que chez les jeunes, en particulier les jeunes hommes, le passage à l'acte résulte souvent d'une impulsivité. En effet, c'est une période où les limites sont souvent testées, repoussées et où parfois l'impact des actes n'est pas calculé. De plus, le cortex frontal, région responsable des comportements comme l'impulsivité ou d'autres fonctions comme le jugement moral, n'est pas encore totalement mature puisque son développement se termine entre 20 et 24 ans. Le passage à l'acte peut donc se faire en très peu de temps (Duperrex et al.). En conclusion, le suicide chez les jeunes est principalement « la conséquence d'un acte impulsif et non pas d'une décision délibérée » (Meister & Böckelmann, 2015, p. 4). L'accessibilité à des moyens (armes, pont à proximité, etc.) y joue également un rôle (Meister & Böckelmann).

En Suisse, les adolescents et les jeunes adultes ont été identifiés comme la classe d'âge commettant le plus de tentatives de suicide (Muheim et al., 2013). Les facteurs de risque du suicide les plus importants chez les moins de 30 ans sont les situations de stress important, comme par exemple : les conflits relationnels et les problèmes scolaires ou professionnels. A l'inverse, chez les adultes, les principaux facteurs de risque sont les maladies psychiques (Gisin-Maillardt, 2013). Aucun programme national au sujet du suicide n'existe en Suisse, il n'y a d'ailleurs pas « de base légale fédérale pour la réalisation de campagnes nationales d'éducation, d'information et de sensibilisation dans le domaine du suicide » (Duperrex et al., 2012, p.14). Comme la Confédération s'abstient, des associations privées et certains cantons reprennent ce rôle de prévention. Nous pouvons citer entre autres, l'association « Ipsilon » qui a une ampleur nationale dans la recherche et la prévention suicidaire, « PréSuiFri » qui concerne plus la formation des professionnels à Fribourg et le groupe de « Stop Suicide » localisé sur Genève (Duperrex et al.). Aucun pays n'a effectué des recensions pour les tentatives de suicide, de même les idées suicidaires ne sont que très peu répertoriées (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Selon Duperrex et al. (2012), la prévention du suicide a pour but de diminuer l'incidence et la prévalence des suicides, des tentatives de suicide et des comportements suicidaires. Les programmes de prévention scolaires sont construits sur quatre axes qui sont :

1. « Repérer les indices d'une expression suicidaire
2. Evaluer la situation de gravité
3. Agir sur les facteurs de risque et de protection
4. Réduire les impacts d'un suicide sur l'entourage » (p. 22)

Selon Osher, Kendziora, Spier & Garibaldi (2014), l'école est un milieu favorable pour la promotion de la santé mentale et la prévention de troubles psychiques. Ayotte et

al. (2009) détaillent qu'intervenir à l'école permet de toucher toute la population d'adolescents autant diverse soit elle (milieux culturels et économiques différents) (Osher et al., 2014 ; Ayotte et al., 2009, cités dans Blaser & Amstad, 2016). Une autre raison est que le milieu scolaire favorise la rencontre avec les parents des élèves, qui eux ont un rôle primordial dans la santé de leurs enfants (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). L'école peut ainsi renforcer la santé psychique des adolescents en ayant comme but la consolidation de leurs facteurs protecteurs personnels. La collaboration des divers intervenants du milieu scolaire (professeurs, infirmières scolaires, parents, adolescents, personnel de la direction) est un élément primordial dans la mise en place d'interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques. Toutefois, pour qu'une intervention de promotion de la santé psychique soit efficace dans un contexte scolaire, il est nécessaire d'agir rapidement et dans la durée, d'intervenir adéquatement selon leur stade de développement et les besoins des adolescents (Blaser & Amstad).

Même si elle est un milieu favorable à la promotion de la santé, l'école peut également être une source de stress. Un document sur le stress lié au travail scolaire chez les adolescents en Suisse indique que dans des circonstances où l'investissement de l'individu est crucial, un stress psychologique peut être perçu, comme par exemple lors d'un examen de fin d'année. L'individu a l'impression de manquer de moyens et peut ressentir un mal-être. Selon l'enquête HBSC de 2014, 12% à 22% des adolescents suisses se disaient « assez stressés » alors que 6% à 12% se disaient « très stressés ». Plus les adolescents sont âgés, plus souvent ils se disent stressés. Ce constat peut être dû au fait que les exigences scolaires demandées sont plus importantes et qu'ils ont en tête également leur future profession (Eichenberger, Kretschmann & Delgrande, 2017).

Un autre paramètre important dans le vécu de l'adolescence est le climat scolaire. S'il est bon il peut être un élément protecteur mais au contraire, s'il est lourd, il peut amplifier la vulnérabilité de l'adolescent. Effectivement, les élèves sont sensibles à la violence, à l'agitation et aux querelles. Ces éléments ont de l'influence sur les résultats scolaires mais aussi sur le comportement de chaque étudiant. Selon Janosz (1998), il existe cinq composantes d'un bon climat scolaire :

1. Le climat relationnel : les relations humaines sont importantes à l'école, le respect et l'entraide doivent être une priorité
2. Le climat éducatif : l'école met en valeur son rôle éducatif et pas uniquement de transmission du savoir
3. Le climat de sécurité : le sentiment de sécurité est lié à la perception d'ordre et de tranquillité
4. Le climat de justice : les règles propres à l'école et leur application sont légitimes et équitables
5. Le climat d'appartenance : l'école est un milieu de vie avec des valeurs acceptées par la majorité

Lorsque les élèves ont le sentiment d'être considérés comme capables de progresser, lorsqu'ils sont encouragés par leurs professeurs, lorsqu'ils estiment profiter d'un traitement légitime et équitable, ils appliquent plus facilement les normes scolaires et usent moins de la violence. Il est donc fondamental de prendre conscience du climat scolaire lors d'interventions auprès d'enfants ou d'adolescents scolarisés (Jeunes et violence, 2015).

Dans notre travail, nous tenons, à travers nos différents résultats, à identifier l'implication de l'infirmière scolaire dans la prévention du suicide de l'adolescent. L'étude de Barnes, Courtney, Pratt et Walsh (2004) précise de façon plus générale les principales missions de l'infirmière scolaire qui sont le soutien, l'orientation vers d'autres services spécifiques, la promotion de la santé et le marketing. Pour le soutien, elle doit favoriser les aspects positifs de l'adolescent afin de l'aider à



surpasser ses angoisses, à renforcer son estime de soi et à améliorer sa communication avec les pairs. Elle s'affaira également à orienter les jeunes parfois vers des structures ou services plus adaptés à l'extérieur de l'école. Son engagement dans le marketing est un peu plus complexe, ceci consiste, pour l'infirmière, à sensibiliser les élèves à l'utilisation de services spécifiques mis à disposition par l'école et également à les faire connaître. Les services ne sont malheureusement pas précisés dans l'article. De plus, elle exerce un rôle dans l'éducation des jeunes au niveau des problèmes liés à la santé et à sa promotion.

Les infirmières scolaires de cette étude ont fait ressortir diverses difficultés comme leur intégration dans le milieu scolaire. Elles se sentent souvent isolées car elles sont les seules à travailler dans le domaine de la santé face aux autres professionnels de l'école (Barnes et al., 2004).

### **Problématique**

Selon Stop Suicide (2013), en Suisse, « le suicide des jeunes représente 12% de la totalité des suicides. Sur l'année 2013, cela représente plus d'un suicide de jeune tous les trois jours » (p.2). Les données suisses de Rey, Michaud, Narring et Ferron (1997), indiquent qu'environ 5% des jeunes scolarisés ont déjà commis une tentative de suicide l'année précédant leur enquête. De plus, Myers, McCauley, Calderon et Treder (1991) nous indiquent que 70% des adolescents étant atteints de dépression sévère ont commis des comportements d'ordre suicidaire dans les 3 années suivantes. Bien que les infirmières scolaires aient une position de choix dans la prévention du suicide des adolescents scolarisés, elles sont peu mises en évidence dans les interventions préventives et cliniques en santé mentale (Haddad, Butler, & Tylee, 2010).

Ces constatations et les lectures effectuées démontrent que le suicide de l'adolescent est une problématique actuelle et que l'infirmière scolaire malgré sa position, n'est pas assez valorisée. D'autre part, peu d'études et de recherches ciblent les implications de l'infirmière scolaire dans la prévention du suicide.

C'est pourquoi cette étude tentera de résumer les résultats des différents articles sélectionnés afin que les infirmières scolaires disposent de plus de moyens (outils de dépistage, soutien des structures de santé mentale spécialisées pour les adolescents) dans la prise en charge d'adolescents à risque de suicide.

### **Question de recherche**

Suite à nos recherches dans l'état des connaissances, nous avons déterminé le PICO suivant :

- Population (P) : adolescents scolarisés de 13 à 18 ans
- Interventions (I) : implications dans le dépistage, l'évaluation, l'orientation par l'infirmière scolaire
- Contexte (Co) : école secondaire

Suite à cela nous avons établi la question de recherche suivante :

« Quelles sont les implications de l'infirmière scolaire dans le dépistage, l'évaluation et l'orientation des adolescents de 13 à 18 ans à risque suicidaire ? »

Notre question de recherche est pertinente car les infirmières scolaires disposent d'une position primaire dans l'accompagnement, l'identification et l'orientation des adolescents présentant des symptômes dépressifs pouvant mener à des tentatives suicidaires (Puskar, Sereika, & Tusaie-Mumford, 2003).

### **Objectif de recherche**

L'objectif de notre travail est de déterminer les implications d'une infirmière scolaire dans la prévention du suicide des adolescents en développant ses trois principales fonctions qui sont :

1. Voir : observation des signaux d'alerte et des facteurs de vulnérabilité
2. Agir : dépistage, évaluation avec les techniques d'entretien spécifiques aux adolescents
3. Orienter : connaissance des structures existantes, collaboration en pluridisciplinarité

De plus, les connaissances acquises nous aiderons à effectuer des transferts dans des contextes de soins différents, par exemple en psychiatrie de l'adolescent, en service d'urgences, etc.

## **Cadre théorique**

## **Théorie**

### **Approche écologique de la prévention du suicide par White et Jodoin (1998)**

Ce modèle s'inspire du travail de Bronfenbrenner (1978) sur l'approche écologique. L'approche écologique prend en compte les aspects qui améliorent l'évolution de la personne. Cette approche, qui est un modèle d'intervention et d'analyse, se base sur les relations entre les personnes en bonne ou en mauvaise santé et leur environnement social proche ou éloigné (Kerspern, Déchanez, & Scrima, 2017).

Dans le modèle de Bronfenbrenner (1978), les difficultés liées à la santé sont observées comme des problèmes d'adaptations et ne sont, par conséquent, pas associées à une maladie. Il permettra l'évolution des compétences personnelles, collectives et améliorera le développement d'un environnement adapté à la santé de la personne (Kerspern et al., 2017)

Cette approche se forme de cinq couches : l'ontosystème, le microsystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème, toutes mises en lien les unes avec les autres.

L'ontosystème englobe toutes les « caractéristiques individuelles innées ou acquises, des états, des compétences et des ressources d'un individu ou d'un groupe » (Kerspern et al., 2017, p.15). Dans notre travail, nous pouvons donner l'exemple de l'estime de soi, qui est un facteur personnel de l'adolescent, qu'elle soit bonne ou mauvaise.

Le microsystème comprend les « endroits assidûment fréquentés par la personne qui y expérimente des activités, des rôles, des interactions, lieux dans lesquels l'individu

a une participation active et directe » (Kerspern et al., 2017, p.16). Dans notre revue, nous parlons effectivement du contexte scolaire et familial

Le mésosystème n'est pas un système en soi mais c'est « l'intersection entre l'onto et le microsystèmes ». Il consiste en « l'ensemble des liens et processus qui prennent place entre différents microsystèmes » (Kerspern et al., 2017, p.19). L'étude de Sharaf et al. (2009) met en lien le soutien familial et l'estime de soi, une corrélation qui est reprise dans notre sujet.

L'exosystème inclut les « lieux non fréquentés par le sujet, dont les activités et décisions influencent ses propres activités et rôles ». Dans plusieurs de nos études, les services de santé auxquels sont adressés les adolescents sont pris en compte (Kerspern et al., 2017, p.18).

Le macrosystème contient les « ensembles des croyances, des valeurs, des normes, des idéologies, des comportements valorisés ou pas dans la société » tels que par exemple les comportements à risque, les normes et valeurs des pairs auxquels ils appartiennent (Kerspern et al., 2017, p.19).

Finalement, le chronosystème prend en compte le temps en englobant « la connaissance de l'histoire des systèmes qui est essentielle à la compréhension du présent ». Il peut être illustré par l'historique des expériences (Kerspern et al., 2017, p.20).

L'analyse d'une situation à l'aide de ce modèle va permettre « de comprendre le comportement actuel d'un individu ou d'une communauté par plusieurs systèmes environnementaux » (Kerspern et al., 2017, p. 13).

En conclusion, d'après Kerspern et al. (2017), l'approche de Bronfenbrenner sert à accroître les facteurs protecteurs et les ressources. Il aide à reconnaître les facteurs défavorisants et à diminuer les faiblesses des individus.

Il existe plusieurs paramètres durant la période de l'adolescence, qui rendent les jeunes plus vulnérables à la tentative de suicide et au passage à l'acte. L'approche écologique de White et Jodoin (1998) illustrée ci-dessous démontre que divers facteurs, qui découlent de l'expérience humaine et des conditions sociales, peuvent influencer ce phénomène. Selon ce modèle inspiré de Bronfenbrenner (1978), la personne est au centre de cercles qui représentent la famille, les amis, la culture, la société, la communauté et l'environnement. Le suicide ou les comportements suicidaires semblent découler de ces différents points. Cette approche contient quatre types de facteurs : les facteurs prédisposants, contributifs, précipitants et protecteurs. Les trois premiers facteurs cités ci-dessus augmentent le risque suicidaire tandis que les facteurs de protection le diminuent. Chacun de ces facteurs est séparé en trois couches qui comprennent les facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Cependant, les facteurs précipitants dépendent seulement de l'âge de la personne (OIIQ, 2007).

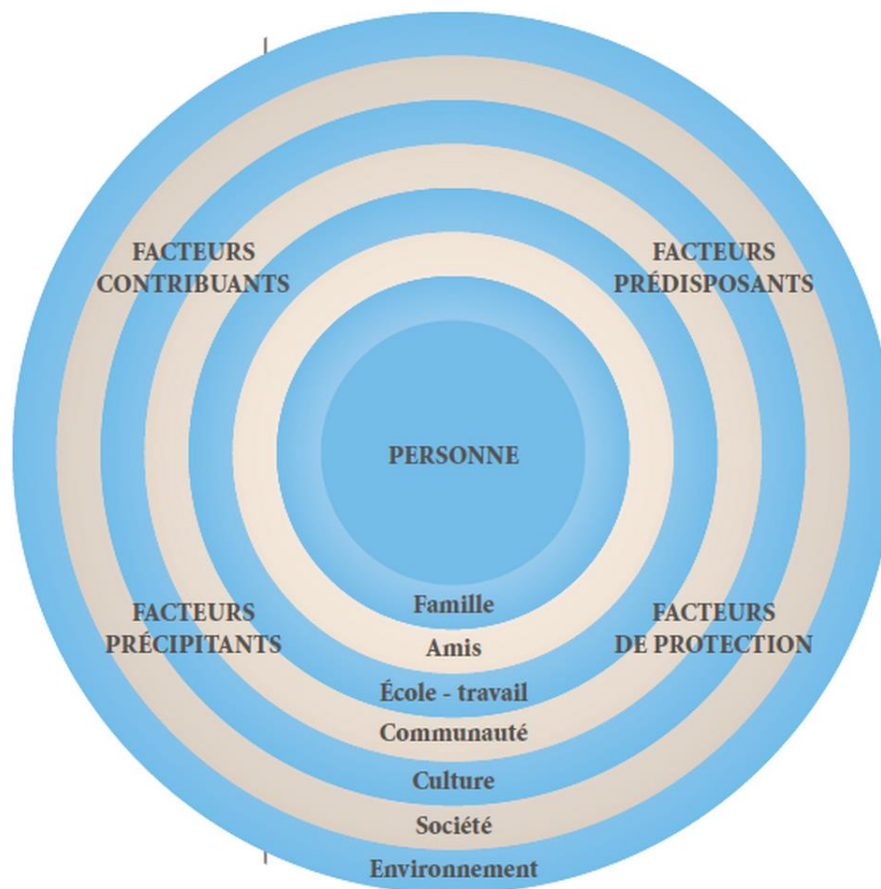


Figure 1: Approche écologique de White et Jodoin (1998)

### **Facteurs prédisposants**

Ils augmentent la vulnérabilité et la fragilité de la personne à risque. Premièrement, nous pouvons citer les différents facteurs individuels, qui sont les tentatives de suicide antérieures, les problèmes de santé mentale et de consommation de substances illicites, les traits de caractère, l'orientation sexuelle, les problèmes de santé au niveau physique et le manque de capacités à régler les problèmes. Deuxièmement, il y a les facteurs familiaux comme des comportements suicidaires ou un suicide dans l'environnement proche de l'individu, les problèmes psychiatriques et de dépendances au sein de la famille, les traumatismes ou l'abandon durant l'enfance, l'exclusion des pairs, les conflits dans le réseau proche ainsi que des difficultés relationnelles dans la famille. Troisièmement, les facteurs environnementaux



comprennent, par exemple, le mythe selon lequel le suicide est toléré, les stéréotypes, la société individualiste ou l'absence de lois régissant sur les armes à feu (OIIQ, 2007).

### **Facteurs contributants**

Ils se constituent d'événements qui peuvent favoriser le risque de suicide. Leurs facteurs individuels sont les suivants : les consommations excessives de stupéfiants, les idées suicidaires préalables, la solitude, le fait de s'interdire de demander de l'aide et l'aggravation de l'impulsivité. Arrivent ensuite les facteurs familiaux qui englobent le divorce parental, les disputes familiales, le manque de soutien familial, le décès d'un proche et l'accès facile à des moyens pour se suicider. Et finalement, dans les facteurs environnementaux, nous pouvons retrouver des éléments tels que l'indisponibilité des services d'aide lors de situations difficiles, le manque de suivi dans les soins, l'inexistence d'associations sociales et les lois sur les armes à feu (OIIQ, 2007).

### **Facteurs précipitants**

Ceux-ci peuvent agir comme des facteurs déclencheurs à des comportements suicidaires, ce sont des événements de la vie quotidienne qui peuvent encore faire augmenter la probabilité du passage à l'acte. Chez les adolescents, nous pouvons distinguer les séparations amoureuses, les mauvais résultats scolaires, le harcèlement sous toutes ses formes, les désaccords familiaux et avec les amis comme facteurs précipitants. Les médias y contribuent également en parlant souvent du suicide (OIIQ, 2007).

### **Facteurs protecteurs**

Mais parmi tous ces facteurs qui augmentent le risque suicidaire, il existe également des facteurs de protection. L'adolescent suicidaire est souvent en perte d'espoir et en manque de confiance, il est donc judicieux de les utiliser et de les connaître afin qu'il puisse faire face à ses difficultés. Différents facteurs individuels y jouent un rôle : être capable de rechercher de l'aide, pratiquer des activités plaisantes, se connaître et se faire confiance, être en bonne santé, avoir un sens à sa vie, se sentir en sécurité et apprécié et être capable de se constituer un cercle d'amis. Les facteurs familiaux comprennent les bonnes relations dans la famille, un milieu scolaire favorable, une certaine ouverture des membres de la famille, une famille et des pairs sur qui le jeune peut compter. Les facteurs environnementaux réunissent entre autres les structures d'aide à proximité, la participation à des activités gratifiantes et les programmes de prévention du suicide dans les milieux tels que le milieu scolaire (OIIQ, 2007).

## **Méthode**

### **Argumentation du devis de recherche**

Ce travail consiste en une revue de littérature qui permet de recenser des savoirs actuels sur une thématique en relevant également certaines lacunes et des recommandations pour la pratique (Lambelet, 2015). Ainsi, grâce à notre travail, nous mettons en évidence des connaissances au sujet de la prévention du suicide de l'adolescent en y identifiant l'implication de l'infirmière scolaire, ceci dans le but de transférer ces connaissances dans la pratique.

### **Etapas de réalisation**

Premièrement, après acquisition de notre thématique : « Recensement et efficacité des programmes de prévention du suicide de l'enfant et de l'adolescent », nous avons identifié divers sujets se rapportant à celle-ci : l'adolescence, le suicide et les termes s'y rapportant, la prévention du suicide en milieu scolaire, l'infirmière scolaire, les facteurs protecteurs, les facteurs de risque, l'épidémiologie, la prévention en Suisse. Nous avons ensuite entamé des recherches documentaires sur notre sujet et nous avons lu divers articles, livres, pages Internet afin de nous informer au mieux et de savoir comment cibler notre PICO, explicité ci-dessous.

Après l'élaboration de notre question, nous avons commencé nos recherches d'articles avec nos mots MeSh et mots-clés en utilisant diverses banques de données. Nous avons retenu six articles dont un de devis qualitatif, trois quantitatifs, un mixte et une revue systématique.

Par la suite, les articles sélectionnés ont été analysés à l'aide de deux grilles de lecture, une grille de résumé et une critique, selon leur devis (qualitatif ou quantitatif/mixte). Ces grilles sont tirées des travaux de Fortin (2010, 2016) et de

Loiselle (2007). La grille de résumé nous permet de synthétiser les éléments importants des études par chapitres (introduction, méthodes, résultats, discussion). La grille critique, elle, permet d'évaluer si l'article est bien structuré et si son contenu est compréhensible.

Pour la suite de l'analyse, nous avons mis en évidence les aspects importants des six grilles de résumé et nous les avons reportés sur des feuilles de couleur par article. Des thèmes principaux ont ensuite été identifiés et les éléments relevés ont été classés selon ceux-ci. Cette démarche nous a permis une analyse plus structurée des résultats et de répondre à la problématique à travers divers thèmes.

Une théorie adaptée a ensuite pu être définie et utilisée comme cadre théorique pour mieux interpréter les divers résultats. Finalement, nous avons débuté la rédaction de notre travail.

### **Banques de données**

Nous avons utilisé les bases de données suivantes : CINAHL complete, PubMed, Google Scholar. Lorsque les études n'étaient pas disponibles en version complètes sur CINAHL complete ou PubMed, nous les avons trouvées en écrivant leur titre dans la barre de recherche de Google Scholar.

### **Mots MeSH et mots-clés**

Afin de trouver des articles pertinents, nous avons déterminé divers termes MeSH (Medical Subject Headings) ou mots-clés (tableau 1). Ceux-ci ont été traduits à partir de la plateforme Internet Inserm (institut national de la santé et de la recherche médicale).

Tableau 1 : Mots MeSH et mots-clés

Mot français	Mot anglais	Terme MeSH
Ecole	School	Oui
Rôle infirmier	Nurse's role	Oui
Suicide	Suicide	Oui
Risque suicidaire	Suicide risk	Non
Adolescent	Adolescent	Oui
Dépistage	Screening	Non
Evaluation	Assessment	Non
Infirmière scolaire	School nurse	Non
Prévention	Prevention	Non

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons déterminé divers critères d'inclusion et d'exclusion afin d'affiner nos résultats.

Les critères d'inclusion sont l'âge de la population entre 13-20 ans, les langues français, allemand et anglais ainsi que les études européennes ou américaines. Les critères d'exclusion sont l'année de publication excédant 10 ans (2006) et les études réalisées en milieu hospitalier.

## Résultats

### **Critères des études retenues**

Cette revue de littérature comprend six études qui présentent des devis différents. Pour l'une des études sélectionnées le devis était qualitatif. Trois autres étaient de devis quantitatif dont deux études transversales. L'étude quantitative restante se déroule en deux parties incluant un essai randomisé et contrôlé puis une étude observationnelle. Une de nos études avait un devis mixte et nous avons également analysé une revue systématique.

Les études ont été réalisées dans plusieurs pays : deux en Angleterre, trois aux Etats-Unis et une revue systématique reprenant huit études dont six ont été réalisées aux Etats-Unis, une en Israël et une en Belgique.

L'article qualitatif recensait les dires de sept participantes. D'autre part, le nombre de personnes interrogées dans les deux articles quantitatifs et le mixte ayant pour échantillon les adolescents variait entre 193 et 930. L'article parlant des infirmières scolaires a concerné un échantillon de 258 infirmières. Quant à la revue systématique, les adolescents participant aux huit études variaient entre 109 et 4133. Toutes les études sélectionnées se sont déroulées à l'école secondaire avec des étudiants entre 13 et 18 ans.

Chaque article dispose de considérations éthiques. Pour certains il s'agit de l'approbation d'une université, pour d'autres d'un comité éthique et parfois le consentement des élèves, de leurs parents et des enseignants a été demandé. La revue systématique ne précise pas les considérations éthiques des études utilisées.

Afin de structurer nos résultats, nous les présentons sous cinq thèmes. Pour l'élaboration de ces cinq thèmes, nous avons ressortis tous les résultats de nos études à l'aide de papiers de couleurs, chaque couleur correspondant à une des six études analysées au préalable. A la suite de cela, nous avons regroupé les papiers



qui nous semblaient avoir un lien et nous sommes donc arrivées à les regrouper en cinq thèmes. Après relecture de nos papiers, nous avons rédigé un titre pour chacun d'eux. Chaque titre est développé ci-dessous :

### **Adolescents : leurs principales préoccupations et les facteurs influençant le risque de suicide**

#### **Principales préoccupations des adolescents**

Biddle, Sekula, Zoucha et Puskar (2010), ont repéré les principales préoccupations des adolescents qui sont : les performances académiques à 47,9 %, les relations sociales à 29,6%, les éléments pas appréciés à l'école (par exemple : la nourriture de la cafétéria, les cours à option, certains professeurs) à 28,5%, les amis à 15,9%, la mort à 13,9%, la santé mentale à 12,4% et le futur à 12%. Les préoccupations suivantes : l'approbation et la désapprobation des parents, les camarades de classe, le sport, la santé physique, les rumeurs, avoir suffisamment de temps, déménager, la relation avec les parents, la pression par les pairs et le harcèlement ont été mentionnées par un nombre moins élevé d'élèves. Les auteurs ont comparé toutes les préoccupations des jeunes avec les principaux facteurs de risque du suicide. Ces facteurs sont « les problèmes familiaux ou relationnels, le manque de soutien, les problèmes scolaires, les problèmes avec la loi, la violence, les abus de substances, la négligence, le viol, les antécédents de tentatives suicidaires chez eux ou leurs proches » (p. 163). De plus, « les troubles psychiatriques dans la famille, les troubles du comportement, la faible confiance en soi, le désespoir, les événements de vie stressants, les pertes, les maladies physiques et le faible ajustement psychosocial » (p. 163) contribuent également à un

risque plus élevé de suicide. Ils ont remarqué que les principales préoccupations des jeunes se retrouvaient dans les facteurs de risque du suicide énoncés ci dessus.

### **Facteurs influençant le risque de suicide**

Une corrélation modérée positive a été mesurée par Puskar, Grabiak et Ren (2011) entre les événements de la vie négatifs et la dépression ( $p < 0,0001$ ). L'étude de McAndrew et Warne (2014) relève aussi que les événements de la vie difficiles, les troubles de l'émotion et les ressentis positifs lors de comportements à risque favorisent les comportements autodestructeurs chez les adolescents.

L'étude de Puskar et al. (2011), prouve que les événements de la vie qu'ils soient positifs ou négatifs influent sur le risque de dépression des adolescents. Les trois événements de vie positifs les plus reportés dans cette étude sont : « avoir un rôle méritant, une reconnaissance spéciale grâce à de bons résultats scolaires, faire partie d'une équipe sportive » (p.12). Au contraire, « le décès d'un membre de la famille, la maladie ou accident grave d'un membre de la famille et le nombre élevé de disputes entre les parents » (p.13) font partie des événements de vie négatifs les plus soulevés par les étudiants interrogés. De plus, McAndrew et Warne (2014) ont également listé la mort d'un proche comme un facteur déclenchant les comportements autodestructeurs. Les traumatismes liés à l'enfance et l'intimidation en font aussi partie.

Puskar et al. (2011) expliquent qu'il existe une différence entre les filles et les garçons au niveau des événements de vie négatifs les plus reportés. Les filles ont relevé plus d'évènements négatifs que les garçons. Il y a également une prévalence du symptôme dépressif chez le sexe féminin ( $n=15$ ). Pour les événements de la vie négatifs, la maladie ou l'accident grave d'un membre de la famille est le thème le plus

reporté par les filles (n=48) alors que chez les garçons le décès d'un membre de leur famille l'emporte (n=32). En deuxième position, les filles mentionnent le décès d'un membre de leur famille (n=43) tandis que les garçons reportent la maladie ou l'accident grave d'un membre de leur famille (n=23). Le nombre accru de disputes entre les parents est placé au troisième rang chez les deux groupes (filles n=40, garçons n=18). Les auteurs constatent que tous les événements de vie négatifs identifiés dans cette présente étude sont en lien avec la famille.

De plus, les adolescents de l'étude de McAndrew et Warne (2014) expriment que l'avis des amis joue un rôle important quant à leur décision de commettre des comportements autodestructeurs. Bien que leur avis soit important, ils n'empêchent pas les adolescents à arrêter leurs comportements autodestructeurs. Ceux-ci ne sont pas précisés dans l'étude. Le regard négatif des autres sur ces comportements peut même induire à des idées suicidaires. Un sentiment de honte est souvent présent.

### **Compétences et besoins de l'infirmière scolaire dans la prise en charge du mal-être des adolescents**

Selon l'étude de Haddad et al. (2010), les infirmières scolaires disposent de compétences dans la santé mentale et sa gestion auprès des adolescents. 63% sont fortement d'accord sur le fait que les troubles psychologiques ont une place importante dans leur travail. D'ailleurs 55% des infirmières scolaires affirment passer un quart de leur temps de travail à prendre en charge des adolescents ayant des problèmes liés à la santé mentale. 24% disent même y passer la moitié de leur temps. Ces statistiques illustrent que la prise en charge en santé mentale est un aspect important de leur quotidien malgré le fait que 46% des infirmières interrogées n'aient pas effectué de formation spécifique dans ce domaine. Les auteurs ne donnent aucune précision sur le type de formations. Hallfors et al. (2006) précisent également

qu'il existe un besoin important dans les écoles secondaires au niveau du traitement de la santé mentale en lien avec le suicide.

Haddad et al. (2010), ont travaillé à l'aide d'un questionnaire composé de 31 items. Sur l'ensemble de ces items, 11 concernaient les caractéristiques des infirmières prenant part à cette étude, tandis que les autres portaient sur les besoins qu'elles formulaient pour une meilleure prise en charge d'adolescents souffrant de problèmes en santé mentale. Ceci a permis de mettre en valeur certains souhaits des infirmières scolaires qui sont : plus de temps à disposition pour s'occuper des adolescents, une amélioration du soutien, une meilleure communication avec le CAMHS (Child and adolescent Mental Health Services), des supervisions du CAMHS, des outils d'évaluation, un fil rouge et la mise à disposition d'autres structures externes à l'école. Elles ont émis également divers besoins comme : avoir plus de formations en particulier sur la gestion de l'automutilation, sur l'identification de l'anxiété et de la dépression et sur des interventions infirmières plus spécifiques. McAndrew et Warne (2014) soulignent aussi l'importance de soutenir et de former les professionnels qui ont le plus de contact avec les adolescents. Ces professionnels ne sont pas cités dans l'étude.

La deuxième partie du questionnaire s'est effectuée à l'aide du DAQ (Depression Attitude Questionnaire). Celui-ci a démontré qu'une infirmière scolaire se sent plus en confiance de travailler avec des adolescents déprimés si elle est spécialisée dans ce domaine. L'analyse par le DAQ a exposé significativement que plus l'infirmière scolaire a un statut de formation supérieure, meilleures seront ses attitudes face à la dépression. Cette analyse a démontré des résultats significatifs lorsque les items du DAQ sont combinés avec la confiance professionnelle et le fait d'avoir une formation spécifique. Deux facteurs importants sont également ressortis :

Tableau 2 : Synthèse des résultats du DAQ

Facteurs	Résultats
Comportements négatifs face à la dépression	Score : 30  Les infirmières ne sont pas d'accord sur le fait que la dépression fait partie de l'adolescence et qu'on ne peut rien faire pour changer cela
Habitudes de demander de l'aide aux experts en psychiatrie	Score : 70  Les infirmières scolaires estiment plus judicieux que la prise en charge de la dépression soit faite par un spécialiste

100 = totalement en accord 0= totalement en désaccord

### Dépistage et évaluation en milieu scolaire

Les études analysées ont relevé certaines recommandations dans le dépistage d'adolescents à risque. Selon les recommandations de Puskar et al. (2011), les infirmières scolaires doivent intégrer les événements de vie dans l'anamnèse des jeunes et identifier comment ils les perçoivent (positifs, négatifs, souhaitables, indésirables). En effet, ceux-ci peuvent précéder une tentative de suicide. L'infirmière doit y être attentive, en particulier chez les jeunes filles étant, comme dit précédemment, plus vulnérables.

Halfors et al. (2006) expriment l'importance du problème du suicide chez les adolescents et qu'il est primordial de pouvoir les identifier avec des programmes de dépistage reconnus. Dans leur étude, les auteurs ont utilisé deux outils de dépistage, le SRS (Suicide Risk Screen) et le HSQ (High School Questionnaire). Les personnes

ayant mis en place le SRS ont préféré laisser une grande marge de tolérance aux faux positifs afin d'éviter de passer à côté d'un adolescent à haut risque. Toutefois, ils supposent alors que du fait que le SRS soit trop peu spécifique, il entraîne beaucoup de faux positifs et ne peut donc pas être utilisé dans les écoles. Cette grande marge de tolérance a mené à identifier 70% des adolescents comme étant à risque alors qu'en réalité ils n'étaient que 20%. Par conséquent, les chercheurs recommandent de tester un outil plus simple afin de repérer les adolescents ayant déjà tenté de se suicider, présentant des idées suicidaires et une dépression sévère.

Une autre étude sélectionnée (Biddle et al., 2010) porte sur l'efficacité de l'outil HEADSS dans l'identification du risque suicidaire des jeunes. Le HEADSS est un questionnaire permettant de recueillir des informations pouvant affecter la santé des adolescents. Il se compose des items suivants : H (home = domicile), E (education = éducation), A (activities = activités), D (drug use and abuse = l'utilisation et l'abus de drogues), S (sexual behavior = comportement sexuel), S (suicidality and depression = suicide et dépression). Pour ce faire, les auteurs ont comparé les éléments ressortis par les jeunes lors du recueil de données en les comparant avec les divers items du HEADSS. Ils ont remarqué que les adolescents n'abordaient que très peu les thématiques concernant la sexualité, les drogues, l'alcool et le port d'armes. Pour expliquer ceci, les chercheurs se questionnent sur l'éventuelle méfiance des jeunes quant à la confidentialité des entrevues. La comparaison a démontré que les préoccupations mentionnées par les adolescents pouvaient être regroupées pour la grande majorité dans les items du HEADSS. Cependant, deux préoccupations importantes ne se retrouvent pas parmi ceux-là : la sécurité et la mort. Biddle et al. (2010) préconisent donc d'étendre le HEADSS au HEADDSSS en incluant les concepts de « safety= sécurité » et de « death = mort ».

Selon Hallfors et al. (2006), il est essentiel d'effectuer des tests de faisabilité des moyens de dépistages afin de diminuer l'écart entre la pratique et la théorie. Ils pensent également qu'il serait judicieux qu'une formation standard soit réalisée sur les protocoles d'évaluation du dépistage, bien que, dans cette étude, les membres du personnel scolaire et l'administration n'aient pas toujours été ouverts à participer aux formations et pensent être assez formés. L'étude de Haddad et al. (2010) soutient le développement et l'évaluation de nouveaux outils de mesure dans le dépistage.

### **Programmes de prévention**

Nous tenons à préciser que le seuil de signification utilisé dans cette rubrique est  $p < 0,05$ .

La revue systématique de Cusimano et Sameem (2011) contient huit études relatant six programmes différents de prévention du suicide en milieu scolaire. Les chercheurs ont identifié que la prévention du suicide dans ce milieu peut améliorer les connaissances relatives au suicide, les attitudes envers la dépression et le suicide ainsi que les comportements de recherche d'aide.

Les connaissances du suicide ont été renforcées de façon statistiquement significative chez les jeunes dans cinq des huit programmes (cf. tableau 3). Ces programmes ont appris par exemple aux adolescents les signaux d'alerte d'une crise suicidaire et la reconnaissance de symptômes dépressifs chez les pairs. Les trois autres n'abordaient pas ces thématiques.

*Tableau 3 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant les connaissances du suicide*

<b>Etudes</b>	<b>Résultats significatifs (p ou moyenne)</b>
Portzky et van Heeringen (2006)	p<0,001
Aseltine et DeMartino (2004)	p<0,0083
Aseltine et al (2007)	Moyennes : du groupe test : 5.00, du groupe contrôle : 4,36
Kalafat et Elias (1994)	p<0.0001
Klingman et Hochdorf (1993)	p<0,001

Deux de ces études, Aseltine et DeMartino (2004) ainsi que Aseltine et al (2007) ont trouvé que les connaissances ont été mieux développées chez les filles que chez les garçons et ce de façon significative.

Cinq programmes sur sept visant l'amélioration de l'attitude des jeunes vis-à-vis du suicide et de la dépression ont prouvé des résultats significatifs (cf. tableau 3). La revue systématique ne précise toutefois pas de quelle façon les attitudes ont été améliorées.

*Tableau 4 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant les attitudes face au suicide et à la dépression*

<b>Etudes</b>	<b>Résultats significatifs (p ou moyenne)</b>
Klingman et Hochdorf (1993)	p<0.04
Aseltine et DeMartino (2004)	p<0,0071



Aseltine et al (2007)	Moyennes : du groupe test : 3.99, du groupe contrôle : 3,83
Kalafat et Elias (1994)	p<0.03
Ciffone (2007)	p<0.0001

Un changement significatif a été constaté dans trois des six programmes (Kalafat et Elias, 1994 ; Kalafat et Gagliano, 1996 ; Ciffone, 2007) évaluant la recherche d'aide après leur mise en place. Deux autres programmes (Ciffone, 1993 ; Ciffone, 2007) ont noté une amélioration qui n'est toutefois pas significative. Les études renforçant la recherche d'aide des adolescents ne précisent pas par quel moyen elles y sont parvenues.

*Tableau 5 : Synthèse des résultats significatifs des programmes évaluant la recherche d'aide*

<b>Etudes</b>	<b>Résultats significatifs (p, moyenne ou %)</b>
Kalafat et Elias (1994)	p<0.002
Kalafat et Gagliano (1996)	Dans le groupe test : sur deux vignettes de situations de dépression : 28,8% voulaient parler de la situation à un adulte dans la vignette avec ambiguïté et 40,4% dans la vignette plus franche contre 0% et 1,8% du groupe contrôle.
Ciffone (2007)	Amélioration de 2 items évalué, p<0.05

Les adolescents interrogés dans l'étude qualitative de McAndrew et Warne (2014) ont souligné divers éléments qui devraient selon eux être pris en compte lors de la mise en place de programmes de prévention en milieu scolaire sur les comportements à risque. Lorsqu'une information est donnée, les adolescents souhaiteraient qu'elle soit plus précise et claire et mette en évidence les services d'aide disponibles. Les jeunes désireraient acquérir plus de connaissances sur les comportements à risque et que des affiches préventives soient mise en place au sein de l'école.

Une des limites soulevées par Hallfors et al. (2006) dans leur article est que le changement récurrent du personnel éducatif complique la mise en place de programmes de prévention.

Finalement, selon Cusimano et Sameem (2011), aucune preuve concrète ne mentionne que l'amélioration des connaissances relatives au suicide, de l'attitude des jeunes envers la dépression et le suicide ainsi que des comportements de recherche d'aide ne réduise le taux de tentatives de suicide ou de suicides accomplis chez les participants. En effet, bien que ceci soit le meilleur indicateur d'efficacité d'un programme de prévention du suicide, il n'a pas pu être évalué par les différents chercheurs des études.

### **Recherche d'aide et ressources**

McAndrew et Warne (2014) relatent dans leur étude que la démarche de demander de l'aide reste problématique pour les jeunes. Souvent, ils ne savent pas où s'adresser ou disent avoir honte de se faire aider. L'écoute, la compréhension des professionnels, ne pas se sentir jugés, la confidentialité et la confiance d'une personne neutre jouent un rôle primordial afin qu'ils se sentent en sécurité. Pour ceux ayant été orientés vers des services d'aide (non précisés dans l'étude), ils y ont eu accès par leur médecin traitant. Les enseignants les dirigent plutôt vers la conseillère

scolaire, les groupes de thérapie dialectique et le CAMHS. Cependant, l'une des participantes à cette étude qualitative dit préférer les services d'aide en ligne. Lorsque les jeunes en difficulté consultent, ils arrivent également à mieux s'ouvrir aux autres. Les adolescents relèvent également qu'il est important pour eux d'identifier ce qui leur a permis d'arrêter leurs comportements autodestructeurs. Finalement, le fait de connaître des services d'aide aurait peut-être éviter de nouveaux comportements à risque.

Selon Hallfors et al. (2006), il est important que les écoles collaborent avec les services locaux qui ne sont malheureusement pas détaillés dans la présente étude.

## Discussion

Cette revue de littérature a pour objectif de répondre à notre question de recherche qui est « Quelles sont les implications de l'infirmière scolaire dans le dépistage, l'évaluation et l'orientation des adolescents de 13 à 18 ans à risque suicidaire ? ». Dans ce chapitre, nous tenterons d'y répondre à l'aide de l'interprétation des résultats obtenus dans le chapitre précédant et en les confrontant avec notre cadre théorique de White et Jodoin (1998). Nos études étant très vastes, nous avons pris la décision d'étoffer notre discussion à l'aide de nouveaux articles plus spécifiques sur le dépistage, la tentative de suicide et le harcèlement scolaire.

L'approche écologique de White et Jodoin (1998) définit des facteurs, explicités dans notre cadre théorique, ayant une influence quant au suicide des adolescents : les facteurs prédisposants, les facteurs contributifs, les facteurs précipitants, les facteurs protecteurs. Dans nos différents articles, nous avons pu relever ces divers facteurs mentionnés dans ce modèle. Nous allons donc les utiliser afin d'analyser nos résultats.

Les facteurs précipitants sont des éléments qui peuvent mener au suicide chez une personne déjà vulnérable. McAndrew et Warne (2014) indiquent dans leur étude que l'intimidation et le harcèlement peuvent en faire partie. Selon Kubiszewski, Fontaine, Chasseigne, et Rusch (2014), le harcèlement scolaire est signalé comme une répétition d'actes délibérés agressifs envers autrui qui n'arrive pas à se défendre. Bjorkqvist, Lagerspetz, et Kaukiainen (1992) ainsi que Olweus (1993) précisent que ces comportements peuvent se manifester de manière physique (taper, pousser) et verbale (injurer, provoquer) (Fontaine et al., 2014, Bjorkqvist et al., 1992 ; Olweus, 1993, cités dans Kubiszewski & al, 2014). Des études démontrent qu'environ 5 à 10% des adolescents sont touchés par le harcèlement scolaire. Dans le contexte du harcèlement il y a quatre protagonistes : les victimes, les agresseurs, les agresseurs/victimes et les neutres. Cette étude a mis en évidence l'efficacité de l'outil

BVQr (Bully/Victim Questionnaire Revised) dans les écoles francophones. Cet outil comporte plusieurs items interrogeant sur « les difficultés d'intégration perçues, la détresse psychologique des étudiants, l'échelle d'agressivité générale et les comportements asociaux ». Olweus déclare que cette recherche affirme que l'utilisation de l'outil BVQr sous forme d'entretiens individuels est acceptable pour l'identification du harcèlement scolaire éprouvé (victime) ou entraîné (agresseur) (1993, cités dans Kubiszewski et al.). De plus, les paramètres récoltés par cet outil attestent qu'il est possible de distinguer les agressions les plus utilisées par les adolescents et de déterminer les étudiants les plus concernés (Kubiszewski et al.). Cet outil pourrait donc être également mis à disposition de l'infirmière scolaire afin qu'elle puisse dépister plus finement le harcèlement scolaire dans les établissements et prévenir par la suite des tentatives de suicide.

White et Jodin (1998) définissent les facteurs de protection comme des caractéristiques aidant la personne à lutter contre des événements difficiles. Cusimano et Sameem (2011) reprennent dans leur revue systématique des programmes de prévention renforçant les attitudes, les connaissances et les comportements de recherche face au suicide. Ces programmes visent donc une amélioration des facteurs protecteurs des adolescents bien qu'aucun des programmes présentés n'ait pu prouver une diminution du taux de suicide. Dans une autre étude (McAndrew et Warne, 2014), les jeunes supposent que le fait d'acquérir plus de connaissances sur les comportements autodestructeurs serait aidant. De plus, les jeunes interrogés souhaiteraient avoir une personne de confiance, neutre à qui se confie ce qui pourrait être une ressource pour eux. Cette personne pourrait être l'infirmière scolaire. Le fait de connaître les services d'aide peut diminuer de nouveaux comportements autodestructeurs et une collaboration étroite entre l'école et les services locaux est importante d'après McAndrew et Warne. Nous pouvons

donc mettre en évidence ces éléments comme étant des facteurs protecteurs des jeunes. Avoir un rôle méritant, obtenir une reconnaissance spéciale pour un bon résultat scolaire et faire partie d'une équipe de sport sont des aspects positifs mentionnés par les élèves dans l'étude de Puskar et al. (2011). Ceux-ci peuvent avoir un impact favorable dans leur vie. Hallfors et al. (2006) reconnaissent grâce à leur étude qu'un programme de dépistage reconnu est primordial. Il est donc indispensable que les professionnels (pas explicités dans l'article) intervenants auprès des enfants disposent de programmes prouvés (non définis dans l'article). De ce fait, ils pourraient être identifiés comme des facteurs protecteurs.

Deux études (Biddle & al., 2010 ; McAndrew & Warne, 2014) ont relevé des éléments pouvant être soit protecteurs, soit précipitants. Biddle et al. (2010) ont recensé les principales préoccupations d'élèves. Trois d'entre elles peuvent être perçues comme positives ou négatives. Prenons pour exemple, les performances scolaires. Lors de bons résultats, elles auront un effet bénéfique sur la santé du jeune. Au contraire, l'échec scolaire pourrait précipiter une tentative de suicide chez un adolescent vulnérable. Les jeunes de l'étude de McAndrew et Warne insistent sur l'importance de l'avis de leurs amis concernant leurs comportements autodestructeurs. Les pairs ayant des paroles encourageantes peuvent être aidant dans l'arrêt de comportements auto-destructeurs alors qu'un discours plus négatif pourrait les mener à un passage à l'acte.

Les facteurs contribuant au suicide du modèle de White et Jodoin (1998) sont des comportements ou événements qui peuvent intensifier le risque de suicide des adolescents. L'un des facteurs contributifs environnementaux est l'inaccessibilité aux services spécifiques. McAndrew et Warne (2014), dans leur article, précisent que la recherche d'aide reste problématique pour les adolescents. Deux recherches (McAndrew & Warne, 2014 ; Puskar et al., 2011) mettent en évidence des similitudes

qui sont que les événements de vie négatifs peuvent contribuer à de la dépression ou à des comportements autodestructeurs. Ces événements pouvant contribuer au suicide d'un jeune sont souvent liés à la famille. Il peut s'agir de la mort d'un proche, de l'accident grave ou de la maladie d'un membre de la famille et des disputes parentales. Les jeunes cités dans l'étude de Biddle et al. (2010) font état de plusieurs inquiétudes et préoccupations liées au futur, à la mort et aux aspects pas appréciés à l'école. Ces préoccupations et inquiétudes peuvent mener à une instabilité de l'adolescent et augmenter sa fragilité.

Enfin, les facteurs prédisposants qui ont également une influence sur la suicidalité des jeunes sont reliés aux antécédents des individus. Par exemple, des problèmes de santé mentale ou des tentatives de suicide antérieures peuvent créer sur les adolescents une position de vulnérabilité avant même qu'ils ne soient exposés à un événement de vie difficile. Puskar et al. (2011), notent dans leur recherche une prévalence entre le sexe féminin et la dépression. Ceci implique donc que les filles sont plus disposées à être atteinte de dépression que les garçons. Les sujets de l'étude Biddle et al. (2010) sont préoccupés par la santé mentale que nous identifions comme un facteur prédisposant, car les jeunes souffrant d'une maladie psychiatrique sont une population à risque de suicide. Dans l'article de McAndrew et Warne (2014), les auteurs indiquent que les traumatismes liés à l'enfance ont également un impact négatif sur l'adolescent. En effet, les traumatismes vécus dans l'enfance sont reliés à l'histoire de vie de la personne et peuvent la rendre plus fragile qu'une autre face au suicide (OIIQ, 2007).

L'approche écologique de White et Jodoin (1998) pourrait guider l'infirmière scolaire dans la prévention du suicide. Ainsi, elle pourrait à l'aide des autres intervenants tels que les enseignants, les médiateurs, les psychologues et les parents renforcer les facteurs protecteurs des jeunes et identifier les facteurs de risque



(prédisposants, précipitants et contributeurs). Puskar et al. (2011) notent que l'infirmière scolaire devrait également prendre en compte les événements de vie des adolescents et les intégrer dans son anamnèse. Effectivement, comme dit précédemment ceux-ci ont une influence sur la suicidalité des jeunes. Il serait aussi important que les adolescents puissent déterminer ce qui leur a permis d'arrêter leurs comportements autodestructeurs à l'aide des professionnels comme cité dans l'étude de McAndrew et Warne (2014).

Haddad et al. (2010), mettent en évidence le fait que les infirmières scolaires jouent un rôle primordial dans la santé mentale et dans sa gestion. C'est pour cette raison qu'il serait important que les infirmières scolaires aient accès à des formations sur la gestion de l'automutilation, l'identification de l'anxiété et de la dépression et sur des interventions plus spécifiques à l'infirmière scolaire, comme elles le suggèrent également dans l'étude Haddad et al. Elles relèvent le désir d'avoir plus de temps pour la prise en charge des adolescents à risque, un soutien à l'aide de supervision plus approprié des structures spécialisées qui ne sont pas précisées dans l'article ainsi que des outils d'évaluation adéquats (Haddad et al.).

Stheneur (2006), dans son article concernant les tentatives de suicide, propose des moyens (explicités ci-dessous) afin de repérer un adolescent présentant un risque suicidaire. Braconnier précise qu'à l'adolescence l'association entre la dépression et l'anxiété est très fréquente. L'enquête de Zwaigenbaum et al. (1999), a démontré que de multiples plaintes somatiques comme les maux de ventre chez les adolescents de 13 à 16 ans sont des facteurs de risque de dépression sévère dans les quatre années suivant leurs symptômes. D'après Erhart et al. (2009) et Ravens-Sieberer et al. (2009), les symptômes psychoaffectifs peuvent, s'ils sont chroniques, être synonymes d'un mal-être. Ils peuvent aussi, selon Hurrelmann et Quenzel (2013) révéler des troubles d'adaptations psychosociales ou être annonciateurs d'une

maladie psychiatrique à l'âge adulte (Erhart & al., 2009 ; Ravens-Sieberer & al., 2009 ; Hurrelmann & Quenzel, 2013, cités dans Blaser & Amstad, 2016). En 2014, l'étude HBSC a recensé chez les adolescents la fréquence des symptômes psychosociaux suivants : la fatigue, les difficultés à s'endormir, la mauvaise humeur ou l'agacement, être fâché ou être en colère, la nervosité, la tristesse et l'anxiété ou l'inquiétude. La fatigue est le symptôme chronique le plus reporté alors que l'inquiétude et l'anxiété se retrouvent en dernière position des symptômes ressentis (Blaser & Amstad). A presque tous les âges, « chacun des sept symptômes chroniques se retrouve davantage chez les filles [...]. Enfin, selon le groupe d'âge, entre 26% et 32% des garçons et entre 36% et 46% des filles faisaient état d'au moins deux symptômes psychoaffectifs chroniques » (Blaser & Amstad, p. 59). Pour ces raisons, les infirmières scolaires doit être attentives aux jeunes qui consultent pour des problèmes d'ordre psychosomatiques.

Selon Choquet et al. (1997), l'incidence des accidents à l'adolescence pourrait aussi dévoiler un mal-être. Ces accidents comprennent par exemple : les accidents de la vie courante, de la circulation et liées à la consommation de substance excessive. En effet, les auteurs témoignent que la répétition d'accidents peut découler d'un problème sous-jacent (anxiété sévère, tendance dépressive, recherche de sensations). L'enquête de l'Observatoire Regional de la Santé (ORS) des pays de Loire prouve que les jeunes ayant eu deux accidents minimums dans l'année ont une prévalence plus grande à avoir des idées suicidaires (Braconnier, 1991 ; Zwaigenbaum et al., 1999 ; Choquet et al., 1997 ; ORS, 2003, cités dans Stheneur, 2006).

Binder et al., ont élaboré deux outils aidant à repérer les antécédents suicidaires des adolescents : le TSTS (traumatologie, sommeil, tabac, stress scolaire ou familial)

et le CAFARD (cauchemars ou difficultés de sommeil, agression, fumeur, absentéisme, ressenti désagréable familial). Ces outils pourraient être utilisés par les professionnels de la santé lors de leurs entretiens avec les adolescents. L'étude de Binder et al. a testé ces outils auprès des médecins généralistes. L'acronyme TSTS guide les infirmières scolaires à poser des questions ouvertes pour identifier d'éventuels facteurs de risque de suicide. Le second acronyme CAFARD dirige également les infirmières scolaires dans la reconnaissance d'indices de gravité (2004, cité dans Stheneur, 2006). Ces outils tel que le HEADSS utilisé dans l'article Biddle et al. (2010) pourraient être utilisés par l'infirmière scolaire pour l'aider à réaliser des entretiens structurés avec les jeunes. Le HEADSS est actuellement déjà utilisé par les infirmières scolaires en ville de Lausanne. Finalement, Stheneur conclut son article en précisant que :

« la souffrance psychique est un phénomène relativement fréquent à l'adolescence. [...] Repérer les adolescents en souffrance est donc un objectif essentiel. Mais, la souffrance psychique avance souvent masquée : troubles du comportement, manifestations somatiques banales, accidents » (p.221).

L'introduction d'infirmières au sein des écoles pourrait être vue comme une alternative favorable pour les adolescents en situation de mal-être. Selon Duperrex et al. (2012), certains cantons romands comme Genève, Vaud et Jura disposent déjà d'infirmières dans leurs établissements scolaires. Certaines écoles des cantons de Genève et Vaud possèdent même des médecins et psychologues scolaires. En revanche, le canton de Fribourg fait partie des cantons ayant du retard sur la mise en place de structures médicales et paramédicales en milieu scolaire.

Laget, Abbiati, Plancherel, Bolognini et Halfon (2007) ont réalisé une recherche exploratoire avec 62 soignants (médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, enseignants spécialisés ou logopédistes) intervenants auprès d'adolescents. Le but étant de mieux comprendre les modalités d'évaluation du risque suicidaire chez ces différents intervenants et d'imaginer un éventuel guide d'aide commun. Jeammet et Birot (1994), Ladame (1992), Ladame et al. (1996), Pommereau (1996) mentionnent qu'un outil infaillible n'a pas encore été découvert et ne le sera peut-être jamais. Ceci est dû aux spécificités des jeunes avec leur labilité émotionnelle et leur impulsivité (cités dans Laget et al., 2007).

Comme relevé précédemment, Laget et al. (2007) déterminent que le dépistage du suicide nécessite l'exploration de divers points : les caractéristiques personnelles et familiales, les circonstances de vie difficiles et les facteurs socioenvironnementaux des jeunes. Dans leurs résultats, les auteurs ont trouvé que le moyen le plus utilisé par les différents professionnels pour identifier un adolescent à risque suicidaire est la discussion en équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, enseignants spécialisés ou logopédistes). Une évaluation du risque suicidaire nécessite l'avis de plusieurs intervenants car elle est souvent complexe et ambiguë. Ce résultat est à mettre en lien avec notre problématique, car les infirmières scolaires sont souvent seules et isolées dans les établissements.

Comme les infirmières interrogées dans l'étude de Haddad et al. (2010), la plupart des professionnels dans la recherche de Laget et al. (2007) désireraient un guide dans le dépistage du suicide et des formations spécifiques.

En conclusion, d'après O'Connor et al., tout professionnel, même les plus qualifiés, ne peuvent pas empêcher chaque passage à l'acte d'adolescents (2004, cité dans Laget et al., 2007). La continuité des recherches sur cette thématique est

indispensable afin de permettre aux professionnels un meilleur dépistage de la crise suicidaire et ainsi d'améliorer la prévention du suicide (Laget et al.).

### **Forces et faiblesses des articles retenus**

Dans trois des six articles l'échantillon est constitué d'une population américaine. La population interrogée l'est aussi majoritairement dans la revue systématique. Nous ne pouvons donc pas étendre nos résultats à une population internationale.

L'article qualitatif retenu expose de manière claire les perceptions des adolescents. Cependant, il a un faible échantillon de sept jeunes qui sont toutes des filles.

Tous les articles sélectionnés sont bien structurés et compréhensibles sauf pour l'article de Hallfors et al. (2006) où le déroulement de l'étude est peu clair et peu détaillé.

Dans la revue systématique, aucune des études n'a pu évaluer si les taux de tentatives suicidaires ou de suicides accomplis ont réellement pu être diminués.

### **Limites**

Dans l'élaboration de cette revue de littérature, nous avons rencontré plusieurs limites. Premièrement, lors de la recherche d'articles dans Pubmed ou CINAHL, nous avons trouvé peu d'articles ciblés sur l'infirmière scolaire. Nombreux d'entre eux étudiaient le dépistage de l'adolescent suicidaire dans un contexte psychiatrique ou des services d'urgence. Nous avons donc utilisé Google Scholar pour compléter notre sélection d'articles bien que cette base de données n'ait pas la même implication pour les soins infirmiers. Une autre limite est que nous avons trouvé beaucoup de revues systématiques sur la prévention du suicide à l'école mais peu d'articles de littérature.

Notre question de recherche étant très vaste, nous avons rencontré des difficultés car elle englobe trois pôles distincts (le dépistage, l'évaluation et l'orientation). En effet, aucun de nos articles sélectionnés ne répond entièrement à notre question de recherche. Toutefois, ils ciblent plutôt un des trois pôles. De ce fait, nos résultats sont moins précis que si nous avions orienté notre question de recherche uniquement sur un de ces pôles.

### **Implications pour la pratique**

Aborder un adolescent à risque suicidaire n'est pas une tâche anodine autant dans un cadre scolaire que dans un contexte hospitalier. Nous soulignons de ce fait, d'après deux de nos études analysées (McAndrew et Warne, 2014 ; Haddad et al., 2010) et l'article de Laget et al. (2007) utilisé dans la discussion, que les formations en santé mentale sont un besoin et un souhait des infirmières scolaires afin de les aider dans la prise en charge de cette population. Des formations sur la dépression, le suicide et son dépistage permettraient aux infirmières de développer leur rôle de promoteur en santé mentale, en particulier dans la prévention du suicide.

Afin de garantir une prise en charge optimale des jeunes vulnérables, les infirmières scolaires devraient disposer de plus de temps (Haddad et al., 2010), d'une dotation plus importante (Hallfors et al., 2006) et d'échanges en équipe pluridisciplinaire détaillée dans le chapitre précédant (Laget et al., 2007). Elles devraient aussi avoir connaissance des structures d'aide spécialisées s'adressant aux adolescents (McAndrew et Warne, 2014). Ceci leur permettrait de pouvoir orienter les jeunes à risque dans des structures adaptées. De même, l'étude de Laget et al. met en avant la complexité du dépistage du risque suicidaire chez les adolescents et la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire. Les infirmières scolaires se sentiraient moins seules face à cette problématique, si elles disposaient

de plus de soutien de structures spécialisées externes à l'école (Haddad et al., 2010). Laget et al. déclarent que le dépistage des adolescents à risque suicidaire étant complexe, le travail en interdisciplinarité permettrait une évaluation plus fine.

Pour établir une relation de confiance avec les adolescents, elles devraient faire preuve d'ouverture, d'accessibilité, de non-jugement, d'écoute et de confidentialité. En effet, ce sont les demandes des étudiantes sollicitées dans l'étude de McAndrew et Warne (2014). Pour le dépistage des adolescents à risque, il serait important d'utiliser des outils reconnus et utilisables (Hallfors et al., 2006). Des outils pouvant être utilisés par les professionnels de la santé comme le HEADSS, le TSTS, le CAFARD permettraient de structurer leurs entretiens afin que les jeunes se sentent en sécurité et libres de parler. Effectivement, le HEADSS suit un schéma d'entonnoir en abordant premièrement des sujets plus généraux comme le domicile, pour passer ensuite à des sujets plus sensibles comme la drogue, la sexualité (Biddle et al., 2010). Les outils TSTS et le CAFARD suivent globalement la même démarche, ils permettent de commencer l'entretien avec des questions ouvertes puis finalement ciblent les facteurs de gravité des éléments ressortis (Stheneur, 2006). Les infirmières scolaires pourraient utiliser ces moyens de dépistage lors de leurs entretiens afin d'avoir une vision globale des situations. Elles pourraient également s'inspirer de l'approche écologique de White et Jodoin (1998) dans le but d'identifier les différents facteurs en jeu dans la suicidalité des élèves qu'ils soient positifs ou négatifs. Ainsi, Puskar et al. (2011) appuyent sur l'importance d'intégrer les événements de vie des adolescents dans les anamnèses infirmières. L'anamnèse devrait aussi porter sur les relations sociales et familiales des jeunes, car comme dit dans McAndrew et Warne les perceptions des pairs sont importantes pour eux et peuvent influencer négativement ou positivement leurs comportements.

## **Conclusion**



Cette revue de littérature nous a permis de développer et d'acquérir diverses compétences telles que la recherche d'articles plus précise dans les banques de données, une meilleure structuration de nos textes dans les grilles de résumé et nos résultats. De même, les analyses des études sélectionnées nous ont aidé à approfondir notre regard critique. L'utilisation des banques de données nous paraît à présent plus accessible pour nos prochaines recherches infirmières. Dans nos futurs postes d'infirmières, nous serons également amenées à effectuer des recherches selon l'Evidence Base Nursing. C'est pour cela, que les compétences acquises au long de ce travail vont nous être utiles.

De plus, au point de vue professionnel, notre travail nous a démontré que les compétences d'une infirmière scolaire dans le dépistage, l'évaluation et l'orientation des adolescents à risque suicidaire ne sont pas négligeables. Les résultats de nos études, nous ont décrit différentes stratégies comme l'outil de dépistage HEADSS, que l'infirmière peut utiliser dans la prise en charge d'adolescent à risque suicidaire. Cet outil est actuellement déjà utilisé dans la prévention du suicide des adolescents scolarisés en ville de Lausanne. Nos études ont mis en évidence diverses structures spécialisées, non précisées dans la plupart de nos articles sauf dans Haddad et al. (2010) ainsi que McAndrew et Warne (2014) auxquelles l'infirmière scolaire pourrait faire appel lorsqu'une prise en charge devient trop complexe. Comme par exemple : le CAMHS qui est une structure mise en place en Angleterre, spécialisée en santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Dans un futur proche, il serait intéressant que des études plus approfondies sur les outils de dépistage déjà connus soient effectuées et que leur efficacité soit évaluée afin que les professionnels du domaine de la santé aient un fil conducteur dans la prise en charge des jeunes à risque de suicide. Concernant, l'orientation de ces jeunes par l'infirmière scolaire, nous avons recensé que très peu d'études. Il pourrait

donc également être profitable aux professionnels de la santé que d'autres recherches soient réalisées en ce sens.

## Références

- Bantuelle, M. (2008). *Référentiel de bonnes pratiques, Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>
- Barnes, M., Courtney, M. D., Pratt, J., & Walsh, A. M. (2004). School-Based Youth Health Nurses : Roles, Responsibilities, Challenges, and Rewards. *Public Health Nursing, 21*(4).
- BC Children's Hospital (n.d.) *HEADSS Assessment Guide*. Repéré à <http://www.bcchildrens.ca/Youth-Health-Clinic-site/Documents/headss20assessment20guide1.pdf>
- Bedwani, N. C. (2015). *L'adolescent suicidaire : le reconnaître, le comprendre et l'aider*. Montréal, Canada : Editions du CHU Sainte-Justine.
- Biddle, V. S., Sekula, L. K., Zoucha, R., & Puskar, K. R. (2010). Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. *J Pediatr Health Care, 24*(3), 152-167. doi:10.1016/j.pedhc.2009.03.003
- Blaser, M., Amstad, F. T. (2016). *La santé psychique au cours de la vie, rapport de base, promotion Sante Suisse, rapport 6*. Repéré à [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/psychische-gesundheit/berichte/Rapport\\_006\\_PSCH\\_2016-04\\_-\\_La\\_sante\\_psychique\\_au\\_cours\\_de\\_la\\_vie.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/psychische-gesundheit/berichte/Rapport_006_PSCH_2016-04_-_La_sante_psychique_au_cours_de_la_vie.pdf)
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents : a systematic review. *Inj Prev, 17*(1), 43-49. doi:10.1136/ip.2009.025502
- Duperrex, O., Durngat, C., & Richard, C. (2012) *Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud : dossier technique pour la réponse au postulat Devaud (11\_POS\_242)*. Repéré à [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dfj/sesaf/odes/fichiers\\_pdf/UPSPS\\_Prevention-Suicide\\_Dossier\\_technique\\_2012-10-12.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dfj/sesaf/odes/fichiers_pdf/UPSPS_Prevention-Suicide_Dossier_technique_2012-10-12.pdf)
- Eichenberger, Y., & Delgrande Jordan, M. (2017). *Soutien de la part de la famille, des ami-e-s et des personnes côtoyées à l'école. Perception des adolescent-e-s de 11 à 15 ans et liens avec le bien-être psychoaffectif et la consommation de substances psychoactives (Rapport de recherche No 87A, Addiction Suisse)*. Repéré à [http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc\\_bibliographie\\_324.pdf](http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_324.pdf)
- Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Delgrande Jordan, M. (2017) *Stress lié au travail scolaire chez les adolescent-e-s en Suisse: chiffres actuels, évolution au cours du temps et bien-être des adolescent-e-s concerné-e-s (Feuille-info, Addiction Suisse)*. Repéré à [http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc\\_bibliographie\\_326.pdf](http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_326.pdf)
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

- Gisin-Maillardt, A. (2013). *Kuztherapie für Patienten nach Suizidversuch*. Repéré à [http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/13qysin-maillardt\\_a.pdf](http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/13qysin-maillardt_a.pdf)
- Haddad, M., Butler, G. S., & Tylee, A. (2010). School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 66(11), 2471-2480. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05432.x
- Hallfors, D., Brodish, P., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H., & Steckler, A. (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High-School Settings. *American Journal of Public Health*, 96(2). doi:10.2105/AJPH.2004.057281
- Jeunes et violence. (2015). *Favoriser un bon climat scolaire*. Repéré à <http://www.jeunesetviolence.ch/fr/themes/prevention-ecole/climat-scolaire.html>
- Kerspern, M.N. (2013). *Santé publique, approche de la prévention* [Présentation PowerPoint]. Repérée à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2013/modf/archi/2/Documents%20de%20cours/SICS%20Sant%C3%A9%20publique/Pr%C3%A9vention.pdf>
- Kerspern, M.N., Déchanez, N., Scrima, K. (2017) *Importance de l'environnement : l'approche écologique en promotion de la santé* [Présentation PowerPoint]. Repérée à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2014/modf/20/Documents%20de%20cours/Environnement,%20participation%20&%20animation/Approche%20%C3%A9cologique%20en%20sant%C3%A9%20PPT.pdf>
- Klingshirn, A. (2017). *Étapes de la revue de littérature, critères d'évaluation du TB* [Présentation PowerPoint]. Repérée à [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2014/modf/22/Documents%20de%20cours/Phases%20-%20Étapes%20du%20TB/Étapes%20TB\\_Criteres%20evaluation.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2014/modf/22/Documents%20de%20cours/Phases%20-%20Étapes%20du%20TB/Étapes%20TB_Criteres%20evaluation.pdf)
- Kubiszewski, V., Fontaine, R., Chasseigne, G., & Rusch, E. (2014). Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(4), 261-267. doi:10.1016/j.amp.2012.09.018
- Laget, J., Abbiati, M., Plancherel, B., Bolognini, M., & Halfon, O. (2007). Évaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents: lien entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(8), 556-561. doi:10.1016/j.amp.2006.12.015
- Lambelet, A (2015). *Revue de littérature, revue systématique de littérature et méta-analyse* [Présentation PowerPoint]. Repérée à [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2014/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/Revue%20de%20litt%C3%A9rature/Revue\\_litt\\_syst\\_2015\\_etu.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2014/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/Revue%20de%20litt%C3%A9rature/Revue_litt_syst_2015_etu.pdf)
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

- Meister, B., & Böckelmann, C. (2015). *Suizid und Schule, Prävention, Früherkennung, Intervention*. Repéré à [http://www.ipsilon.ch/media/6S174M4S/suizid\\_und\\_schule.pdf](http://www.ipsilon.ch/media/6S174M4S/suizid_und_schule.pdf).
- Mental Health America. (2017). *Self-injury (Cutting, Self-Harm or Self-Mutilation)*. Repéré à <http://www.mentalhealthamerica.net/self-injury>
- McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *Int J Ment Health Nurs*, 23(6), 570-579. doi:10.1111/inm.12093
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., & Riecher-Rössler, A. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*, 143, w13759. doi:10.4414/smw.2013.13759
- Myers, K., McCauley, E., Calderon, R., & Treder, R. (1991). The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 30(5), 804-810. doi:10.1016/S0890-8567(10)80020-6
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), fondation Promotion Santé Suisse, (2016). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action : rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Repéré à [https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/160223\\_Rapport\\_OFSP\\_La\\_prevention\\_du\\_suicide\\_en\\_Suisse\\_Version\\_consultation.pdf](https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/160223_Rapport_OFSP_La_prevention_du_suicide_en_Suisse_Version_consultation.pdf)
- Office fédéral de la statistique (OFS), (2016). *Statistique des causes de décès 2014, suicide assisté et suicide en Suisse*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.assetdetail.1023132.html>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/228\\_doc\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/228_doc_0.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2016). *Crises suicidaires chez les adolescents : le plan de sécurité*. Repéré à <https://oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no01/09-sante-mentale.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (2017). *Développement des adolescents*. Repéré à [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)

- Puskar, K. R., Grabiak, B. R., & Ren, D. (2011). The life events of adolescents : implications for rural nurses. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 11(1).
- Puskar, K., Sereika, S., & Tusaie-Mumford, K. (2003). Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) Program on Outcomes of Depression and Coping Among Rural Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(2).
- Rey, C., Michaud, PA., Narring, F., & Ferron, C. (1997). Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. *Arch pédiatr*, 4.
- Rosado Walker, A. (2013). *Concept : la transition* [Présentation PowerPoint]. Repérée à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modif/archi/8/Documents%20de%20cours/Concept%20TRANSITION/OB-%20Le%20concept%20de%20la%20transition.pdf#search=concept%20transition>
- Santé publique France (2009). *Entre nous – Guide d'intervention pour les professionnels de santé*. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Supports.pdf>
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 22(3), 160-168. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00194.x
- Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger ? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19(6), 218-222. doi:10.1016/j.jpp.2006.06.004
- Stop Suicide (2012). *Le suicide des jeunes*. Repéré à [https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/DOSSIER\\_INFO\\_SUICIDE\\_JEUNES\\_FINAL.pdf](https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/DOSSIER_INFO_SUICIDE_JEUNES_FINAL.pdf)
- Stop Suicide (2013). *Commentaire des statistiques de l'OFS sur les décès en 2013*. Repéré à [https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/2013\\_Stats\\_suicides\\_OFS\\_commentees\\_Stop\\_Suicide.pdf](https://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/2013_Stats_suicides_OFS_commentees_Stop_Suicide.pdf)
- Wang, J., Hausermann, M., Wydler, H., Mohler-Kuo, M., Weiss, M. G. (2012). Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. *J Psychiatr Res*, 46(8), 980-986. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.014

## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité



« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Signatures des auteures ».

Laura Waeber et Ramona Hunkeler

## **Appendice B**

Stratégies de recherches et Flow Chart

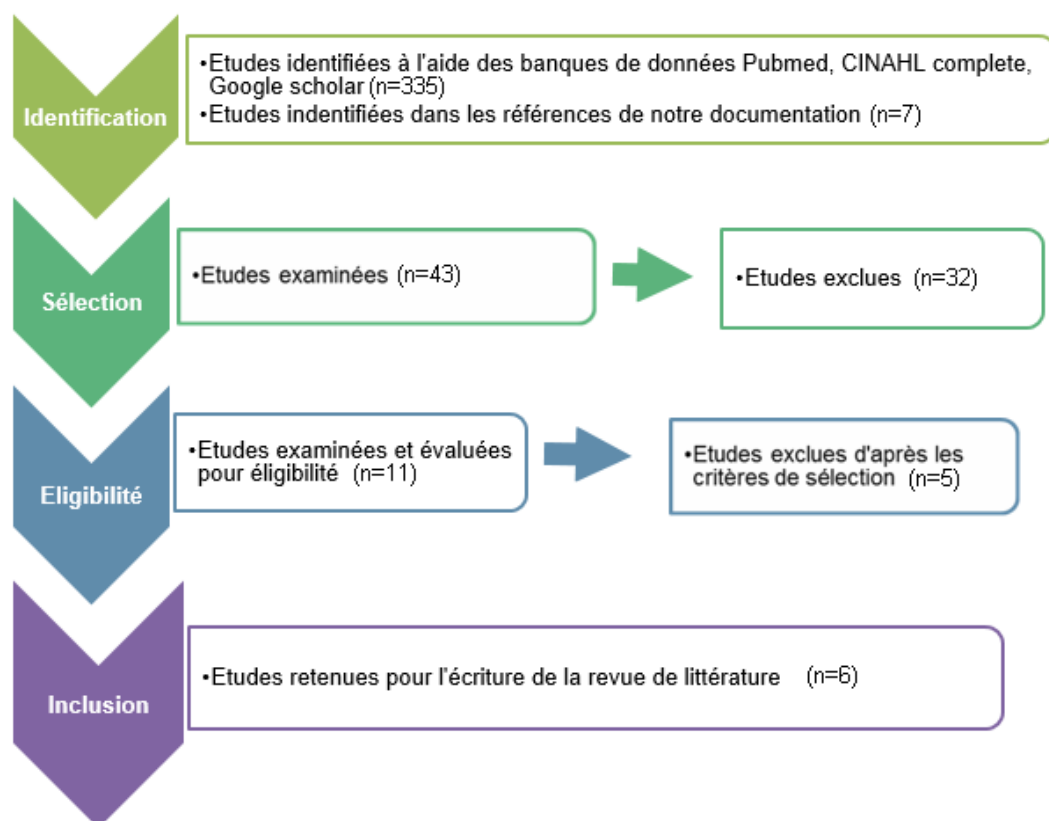
<b>Banque de données</b>	CINAHL complete
<b>Technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mots clés</li> <li>- Articles à partir de 2006</li> <li>- Langue : anglais, (français, allemand)</li> </ul>
<b>Termes utilisé</b>	Adolescent AND suicide AND nurse's role
<b>Nombre d'articles</b>	20
<b>Articles retenus</b>	<p>Puskar, K. R., Grabiak, B. R., &amp; Ren, D. (2011). The life events of adolescents : implications for rural nurses. <i>Online Journal of Rural Nursing and Health Care</i>, 11(1).</p> <p>McAndrew, S., &amp; Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. <i>Int J Ment Health Nurs</i>, 23(6), 570-579. doi:10.1111/inm.12093</p>

<b>Banque de données</b>	Pubmed
<b>Technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mots MeSH et mots clés</li> <li>- Date de publication : 10 ans</li> <li>- Langue : anglais, français, allemand</li> </ul>
<b>Termes utilisé</b>	Screening AND adolescent[MeSH Terms] AND suicide[MeSH Terms] AND suicide risk AND school[MeSH Terms]
<b>Nombre d'articles</b>	29
<b>Article retenu</b>	Biddle, V. S., Sekula, L. K., Zoucha, R., & Puskar, K. R. (2010). Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. <i>J Pediatr Health Care</i> , 24(3), 152-167. doi:10.1016/j.pedhc.2009.03.003

<b>Banque de données</b>	Google Scholar
<b>Technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mots clés</li> <li>- Dates de publication : 2006-2017</li> </ul>
<b>Termes utilisé</b>	"screening", "suicide", "adolescents", "school"
<b>Nombre d'articles</b>	25 900 résultats
<b>Article retenu</b>	Hallfors, D., Brodish, P., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H., & Steckler, A. (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High School Settings. <i>American Journal of Public Health, 96</i> (2). doi:10.2105/AJPH.2004.057281

<b>Banque de données</b>	Google Scholar
<b>Technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Article en référence dans « Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud : dossier technique pour la réponse au postulat Devaud »</li> <li>- Titre</li> </ul>
<b>Termes utilisé</b>	Titre : « The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents : a systematic review »
<b>Nombre d'articles</b>	1
<b>Article retenu</b>	Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. <i>Inj Prev, 17</i> (1), 43-49. doi:10.1136/ip.2009.025502

<b>Banque de données</b>	Google Scholar
<b>Technique</b>	- Mots clés - Dates de publication : 2006-2017
<b>Termes utilisé</b>	"school nurse", "screening", "nurse role", "assessment"
<b>Nombre d'articles</b>	286
<b>Article retenu</b>	Haddad, M., Butler, G. S., & Tylee, A. (2010). School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. <i>J Adv Nurs</i> , 66(11), 2471-2480. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05432.x



Flow chart tiré du cours : « Etapes de la revue de littérature, critères d'évaluation du TB » de Klingshirn, A. (2017).

## **Appendice C**

Grilles d'analyse des études

## Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Biddle, V. S., Sekula, L. K., Zoucha, R., & Puskar, K. R. (2010). Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. <i>J Pediatr Health Care</i> , 24(3), 152-167. doi:10.1016/j.pedhc.2009.03.003
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Les infirmières cliniciennes ont un rôle important dans la détection et la prévention du risque suicidaire. Aux USA, le suicide représente la troisième cause de mortalité des jeunes de 15 à 19 ans.</p> <p>C'est dans les milieux ruraux qu'on retrouve les taux de suicide d'adolescents les plus élevés. Suite à la pénurie de professionnels en milieu rural, les infirmières cliniciennes peuvent faire la différence car elles sont plus nombreuses, fournissent des soins de qualité et peuvent prévenir le suicide.</p> <p>Afin prévenir le suicide, elles peuvent identifier les jeunes présentant des risques suicidaires et les orienter vers des services adaptés pour la suite du traitement.</p>
Recension des écrits	<p>La vie en milieu rural comporte de nombreux facteurs de risque du suicide notamment par de moins grandes opportunités de travail, peu de ressources en milieu scolaire et peu de services de santé disponibles. (Heck et al., 2004 ; Robertson &amp; Husenits, 2007)</p> <p>Comme autres facteurs de risque des études précédentes relèvent les sports extrêmes ou dangereux (moto-neige, 4x4, etc), la possession d'armes à domicile pour la chasse et les pesticides utilisés pour l'agriculture à portée de main.</p> <p>Afin de réduire le risque et d'éviter les comportements suicidaires, le comportement le plus important à adopter est la reconnaissance des facteurs de risque (Pfeffer, 2002). Selon Gould &amp; Kramer (2001), ces facteurs ont de multiples et différentes origines, ils peuvent être personnels, liés à des problèmes psychiatriques des parents, des antécédents de tentatives suicidaires, des dysfonctionnements cognitifs, des évènements de vie stressants, un divorce parental, des problèmes relationnels, des facteurs socio-environnementaux (problèmes scolaires, orientation sexuelle, etc) et des facteurs biologiques.</p> <p>Dans une étude, l'école (examens, notes, etc), la famille (dispute, décès), l'amitié et les relations sociales (petits-amis) ont été relevé par les adolescents comme étant des facteurs stressants. Une autre étude, réalisée en 1999, a identifié la confusion quant au futur, la dépression, la solitude, les problèmes à domicile, les pensées suicidaires, l'absence d'un meilleur ami, l'usage de tabac et d'alcool, l'abus sexuel, des problèmes généraux de santé (physiques et psychiques) comme étant des facteurs de risque du suicide chez les jeunes.</p>

	<p>Un autre élément justifiant l'importance de l'identification de problèmes chez les jeunes est la complexité de la puberté. En effet, cette période de la vie implique généralement des prises de risque et de danger (Remschnidt, 1994). De plus, le comité de médecine de physiopathologie et prévention du suicide chez les adolescents et les adultes dit qu'autant les professionnels fournissant les soins primaires et que ceux rencontrant régulièrement des populations à haut-risque (comme des adolescents) ont un rôle important dans l'identification et l'orientation des personnes ayant un risque suicidaire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le HEADSS (Kral et Sakinofsky, 1994) est un outil d'entretien souvent utilisé pour dépister des risques psychosociaux chez les adolescents. Cet outil est un acronyme anglais qui regroupe plusieurs éléments : H « maison, domicile », E « éducation », A « activités », D « drogues », S « sexualité », S « suicide ». Les professionnels peuvent ainsi faire le tour des différents facteurs de risque pouvant contribuer à la maladie mentale et physique avec une technique de type « entonnoir » c'est-à-dire en abordant premièrement les sujets plus simples à aborder comme le domicile, les loisirs afin de gagner la confiance de la personne puis évoluer vers des sujets plus sensibles comme les drogues et la sexualité.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>« Cette étude a pour but de déterminer si l'outil HEADSS est approprié pour l'identification du risque suicidaire chez les adolescents vivant en milieu rural.</p> <p>Les questions de recherche suivantes ont été posées :</p> <p>a) Quels sont les problèmes/préoccupations des étudiants issus de milieu ruraux du sud-ouest de la Pennsylvanie ?</p> <p>b) Les problèmes/préoccupations identifiés par les jeunes comprennent ils les facteurs de risque du suicide connus ?</p> <p>c) Est- ce les problèmes/préoccupations reportées par les jeunes peuvent être identifiés grâce à l'outil HEADS, ou une version modifiée du HEADSS doit être utilisée lors de l'évaluation de cette population ? »</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une deuxième analyse de données qualitatives récoltées lors de la première phase d'une intervention pour la promotion de la santé mentale des jeunes vivant en milieu rural. Les buts de cette première phase étaient : a) d'identifier la prévalence de symptômes anxieux dans la population interrogée (jeunes vivant en milieu rural), b) de déterminer s'il existait des liens entre symptômes d'anxiété, symptômes dépressifs et problèmes somatiques, c) de voir en quoi les plaintes somatiques pouvaient prédire de l'anxiété ou de la dépression. Pour le recueil de données, les professionnels de santé ont utilisé des questions ouvertes et ont analysé les réponses.</p>
Population, échantillon et contexte	<p>La population participant à l'étude était constituée de 466 adolescents venant de 4 écoles secondaire du sud-ouest de la Pennsylvanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 97% des étudiants étaient blancs</li> <li>• 42,3% étaient en 9<sup>ème</sup></li> <li>• 27,7% en 10<sup>ème</sup></li> <li>• 27,9% en 11<sup>ème</sup></li> <li>• 2,1% en 12<sup>ème</sup></li> </ul>



Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Pour cette étude, la santé des jeunes a été évaluée à l'aide de deux instruments d'auto-évaluation à questions qualitatives ouvertes : le CBCL-YSR (the Child Behavior Checklist Youth Self-Report) et le CRI-Y (the Coping Response Inventory-Youth).
Déroulement de l'étude	Dans le cadre de l'intervention de promotion de la santé, une fois les consentements obtenus, les chercheurs (infirmières avec degré master) ont distribué 9 questionnaires aux étudiants participants à l'étude afin d'évaluer leur état de santé (physique et mental). Ceux-ci avaient 1h30 à disposition durant le temps scolaire pour les remplir.  Pour cette étude, uniquement les réponses du CBCL-YSR et du CRI-Y ont été utilisées.
Considérations éthiques	Un consentement a été accordé par le conseil d'examen institutionnel de l'université de Pittsburgh. Des lettres expliquant l'étude ont été remises aux parents, étudiants et enseignants. Les consentements ont été distribués durant les cours de santé et des assemblées.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Les réponses des différents questionnaires identifiant des problèmes vécus par les adolescents ont été analysées et regroupées en mots clés. En tout 51 thèmes ont été identifiés, par des nombres différents d'élèves. Les chercheurs ont déterminé les 6 thèmes principaux par leur prévalence. Les thèmes ont ensuite été répartis en thèmes importants ou mineurs, afin d'être identifiés comme importants ils devaient être reportés par au moins 56 des élèves participants. Les chercheurs ont ensuite repris les domaines de l'outil HEADSS en essayant d'y organiser les divers thèmes reportés. Ceci a permis aux chercheurs de voir si l'outil les regroupait tous ou si d'autres items doivent être ajoutés à l'outil HEADSS.
Présentation des résultats	L'étude a permis d'identifier des thèmes principaux de préoccupation dont les performances académiques, les relations sociales, les éléments pas appréciés à l'école, les amis, la mort, la santé mentale et le futur. D'autres thèmes mineurs ont été révélés par les jeunes comme l'approbation ou la désapprobation des parents, les camarades de classe, le sport, la santé physique, les rumeurs, avoir suffisamment de temps, déménager, relation entre les parents, la pression des pairs, le harcèlement.  Pour les thèmes principaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les performances académiques : Ce thème est ressorti chez 47,9% des participants. Il regroupe toutes les inquiétudes des jeunes autour des examens, notes, difficultés scolaires, etc.</li> <li>• les relations sociales : 29,6% des jeunes en ont parlé en relevant des éléments de la relation avec leurs parents (divorce, disputes, beaux-parents) ou leur petit-ami/petite-amie (dispute, rupture).</li> <li>• les éléments pas appréciés à l'école : identifiés par 28,5% des élèves. Ce thème regroupe des éléments très divers pas appréciés à l'école qui vont de la qualité des cours à la qualité de la nourriture en passant par les tenues de sport.</li> <li>• les amis : 15,9% ont relevé des inquiétudes quant à leurs amitiés (pertes d'amis, difficultés à se faire de nouveaux amis, etc.)</li> <li>• la mort : 13,9% des jeunes ont écrit des éléments concernant la mort des proches, d'amis, ou d'un animal de compagnie.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la santé mentale : 12,4% en ont parlé : cet item incluait généralement les jeunes ayant relevés des tentatives de suicides, de la dépression, de l'anxiété</li> <li>• le futur : Une bonne partie des étudiants, 12% a reportés des angoisses concernant le futur autant au niveau de la vie professionnelle (travail, formation, carrière) que de la vie amoureuse (divorce)</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Réponses aux questions de recherche :</p> <p>Question 1 : « Quels sont les problèmes/préoccupations des étudiants issus de milieu ruraux du sud-ouest de la Pennsylvanie ? » : Des thèmes principaux et mineurs ont été relevés suite aux réponses des jeunes (cf présentation des résultats). Dans une étude précédente des auteurs les thèmes suivants ont été identifiés : les éléments stressants (école, famille, perte d'un membre de la famille, les amis, les rencontres amoureuses), le futur, la solitude, les amis, le suicide, les drogues et l'alcool, la dépression, l'anxiété, la colère, les plaintes somatiques et les comportements à risque. Peu de jeunes ont abordés les sujets de la sexualité (dont les abus sexuels) et de la drogue. Ceci est peut-être dû à la méfiance des jeunes quant à la confidentialité de leurs réponses.</p> <p>Question 2 : « Les problèmes/préoccupations identifiés par les jeunes comprennent-ils les facteurs de risque du suicide connus ? » : la plupart des facteurs de risque du suicide ont été reportés comme thèmes dans cette études suite aux réponses des jeunes. « Ces facteurs de risque sont les suivants : problèmes familiaux ou relationnels, manque de soutien, problèmes scolaires, problèmes avec la loi, violence, abus de substance, négligence, relations sexuelles forcées, antécédents de tentatives de suicide et tentatives de suicides chez les proches (familles ou amis), troubles psychiatriques dans la famille, problèmes de comportement, peu de confiance en soi, désespoir, évènements de vie stressants, pertes, perception d'un poids extrême, maladie physique, faible ajustement psychosocial. »</p> <p>Question 3 : « Est- ce les problèmes/préoccupations reportées par les jeunes peuvent être identifiés grâce à l'outil HEADSS, ou une version modifiée du HEADSS doit être utilisée lors de l'évaluation de cette population ? » Tous les thèmes identifiés grâce à l'étude se retrouvent dans l'outil HEADSS sauf la sécurité et la mort. Il est important d'ajouter ces deux éléments ayant prouvé leur lien avec le suicide.</p> <p>Suite aux résultats des recherches, les auteurs pensent qu'il serait bénéfique d'étendre le « HEADSS » à « HEADDSSS » en incluant les deux sujets laissés de côté « mort » et « sécurité ». En résumé, l'outils comprendrait ces thèmes H « maison, domicile », E « éducation », A « activités », D « mort », D « drogues », S « sexualité », S « sécurité », S « suicide ». Les autres thèmes identifiés dans l'étude peuvent sans autre être incorporés dans un des items de l'outil.</p>
Forces et limites	Limites : Cette étude n'a pas étudié l'application de l'outil HEADSS dans la pratique mais en reprenant des données qualitatives d'une étude précédente. La population de cette étude est issue de régions rurales de la Pennsylvanie du sud-ouest, pas d'autre

	<p>population n'a participé à l'étude. Les réponses données par les jeunes n'ont pas pu être clarifiées pour une meilleure compréhension étant donné que les données ont été analysées après le recueil.</p> <p>Les réponses des étudiants sur les sujets sensibles comme la drogue, la sécurité, la sexualité ne sont pas forcément objectives car certains d'eux se méfiaient peut-être de la confidentialité des questionnaires.</p>
Conséquences et recommandations	De futures études devraient confirmer les résultats (l'ajout des rubriques mort et sécurité) et étendre les résultats à d'autres populations rurales afin de déterminer si l'outil amélioré convient à tous les adolescents américains issus de milieux ruraux.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Biddle, V. S., Sekula, L. K., Zoucha, R., & Puskar, K. R. (2010). Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. <i>J Pediatr Health Care</i> , 24(3), 152-167. doi:10.1016/j.pedhc.2009.03.003				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		La devis de la recherche n'est pas clairement explicité.

Devis de recherche					
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	L'étude dit que la santé mentale et physique des jeunes a été vérifiée par une batterie d'outils d'évaluation mais non en savons pas plus si des élèves n'ont pas pu participer suite à cela.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Ceci n'est pas précisé.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Un consentement a été fourni mais apparemment aucune commission éthique n'a été engagée.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Non car c'est la première étude évaluant l'efficacité de l'outil HEADSS.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Puskar, K. R., Grabiak B. R., & Ren D. (2011). The life events of adolescents : implications for rural school nurses, <i>Online Journal of Rural Nursing and Health Care</i> , vol. 11, no. 1, doi :
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Cette recherche relate les événements de la vie des adolescents vivant en milieu rural et identifie leurs liens avec la dépression. Clarifications des termes clés : les événements de la vie sont des événements vécus tout au long de la vie. Ils peuvent être positifs ou négatifs, souhaitables ou indésirables. Dans l'étude, le milieu rural est défini comme un lieu comprenant une faible densité de population (&lt; 2500 habitants).</p> <p>Les auteurs ont choisi de cibler cette population car les régions rurales ont moins d'accès à des structures de santé (mentale), le niveau de pauvreté est élevé et de nombreuses personnes n'ont pas d'assurances maladie ce qui péjore encore l'accès aux soins.</p>
Recension des écrits	<p>Selon le US National Library of Medicine (2009), « la dépression sévère chez les adolescents possède différents attributs qui sont les suivants : l'humeur dépressive prolongée, des résultats scolaires insuffisants, une péjoration dans les relations familiales et avec les amis, et l'abus de substances. Peuvent se rajouter à ceux-ci : une diminution de l'intérêt pour les activités, une modification de l'appétit, des troubles de la concentration, de la fatigue et des épisodes d'amnésie. »</p> <p>Des études précédentes démontrent qu'un suicide ou une tentative de suicide chez l'enfant ou l'adolescent est souvent précédé d'un événement de vie stressant comme par exemple des problèmes scolaires ou avec les forces de l'ordre, une séparation amoureuse ou des conflits entre amis (de Wilde et al., 1992; Gould et al., 1996). Le département de santé et services sociaux des États-Unis a tenu à préciser en 2008, que ces événements stressants étaient des facteurs précipitant du suicide mais généralement pas l'unique cause de celui-ci.</p> <p>Une précédente recherche des auteurs a relevé que 12,8% des adolescents issus de milieux ruraux participant à l'étude présentaient des symptômes dépressifs importants. Le sexe féminin, un décès dans la famille du jeune et des événements de vie perçus comme négatifs ont été identifiés comme facteurs de risque des symptômes dépressifs.</p> <p>Les autres études réalisées sur le sujet (Peden et al. (2005), Ge, Natsuaki et Conger (2006), Bouma et al. (2008)) ont relevées que les risques de symptômes dépressifs des adolescents étaient augmentés lors de relations familiales médiocres, lors d'un coping inefficace, lors d'un divorce des parents pendant l'adolescence de l'enfant, avoir des parents souffrant de dépression.</p>

	Cette recension permet de justifier une exploration plus poussée des événements de vie des jeunes issus de milieux ruraux lors des anamnèses infirmières en milieu scolaire.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas
Hypothèses/question de recherche/buts	« Le but de l'étude est de décrire des événements de vie et d'explorer la relation entre événements de vie et dépression chez des adolescents de milieux ruraux. Les questions de recherche sont les suivantes : 1. Quels sont les événements de vie décrits par les adolescents de milieux ruraux ? 2. Y-a-t'il un lien entre les événements de la vie et la dépression ? »
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	« Le devis de la recherche est une étude transversale »
Population, échantillon et contexte	« L'échantillon comprenait 193 élèves en neuvième, dixième et onzième année de trois écoles secondaires publiques du sud-ouest de la Pennsylvanie. » Les critères d'inclusion étaient la capacité de lire et d'écrire l'anglais, et d'être inscrits aux cours principaux. Le cursus scolaire, la charge de travail, le niveau de formation et l'emploi des parents ont été relevés.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les chercheurs ont utilisé deux outils de recueil de données : <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Life Events Checklist (LEC) (Johnson &amp; McCutcheon, 1980; Brand &amp; Johnson, 1982) : qui est une échelle d'auto-évaluation permettant de répertorier et mesurer des événements de vie selon l'impact perçu.</li> <li>• The Reynolds Adolescent Depression Scale - 2ème édition (RADS-2) (Reynolds, 2002) : est aussi une échelle d'auto-évaluation, elle permet de graduer selon une échelle de Likert (4 niveaux) ses symptômes dépressifs.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	L'approbation de l'étude a été obtenue auprès de l'administration de l'école et du conseil de l'Université de Pittsburgh. Lors de la rencontre avec les étudiants, les chercheurs ont expliqué le but de l'étude, le processus de consentement et le paiement. Des consentements signés des parents et des élèves ont été demandés. Les participants ont reçu les deux échelles et ont pris environ deux heures pour les compléter. Les étudiants ont été payés 10\$ pour avoir participé à l'étude.
Considérations éthiques	Approbation par l'université de Pittsburg
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	« Les statistiques descriptives des fréquences, les moyennes et les écarts types ont été calculés à l'aide du SAS (SAS Institute, Cary, NC). Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$ . »
Présentation des résultats	« Le nombre moyen d'événements de vie reportés était ( $M = 17,99$ ; $SD = 11,84$ ; étendue= 0 à 77). Les trois événements de vie positifs les plus courants étaient « rendre un rôle d'honneur » ( $n = 117$ ), « une reconnaissance spéciale pour des bonnes notes »



	<p>(n = 108) et «faire partie d'une équipe sportive» (n = 94). Les trois événements négatifs les plus courants étaient « le décès d'un membre de la famille » (n = 75), « une maladie ou accident grave d'un membre de la famille » (n = 71) et « le nombre accru de disputes entre les parents » (n = 58). Les femmes ont signalé plus d'événements de la vie (M = 19.806, SD = 12.99, portée = 0-77) que les hommes (M = 15.875, SD = 9.99,) (p = 0.025). Les femmes ont également signalé plus d'événements de vie négatifs (M = 9,39; SD = 8,84) que les hommes (M = 5,73; SD = 5,45) (p = 0,005).</p> <p>Les événements de vie négatifs les plus fréquents pour les femmes étaient des « maladies ou accidents graves d'un membre de la famille » (n = 48), « le décès d'un membre de la famille » (n = 43) et « le nombre accru de disputes entre les parents » (n = 40). Les hommes ont déclaré que « le décès d'un membre de la famille » (n = 32), « une maladie grave ou blessure d'un membre de la famille » (n = 23) et « le nombre accru de disputes entre les parents » (n = 18) étaient les événements négatifs les plus courants. »</p> <p>Dans la présente étude, 10% des étudiants interrogés ont signalé des symptômes dépressifs. Ces étudiants ayant reportés des symptômes dépressifs (n=19), des idéations d'actes autodestructeurs (n=4) ou qui ont demandé à voir un conseiller (n=8) ont eu des entretiens avec les chercheurs (en tout 30 étudiants). « Le coefficient de corrélation de Pearson a été calculé entre les événements négatifs de la vie et la dépression. Il y a eu une corrélation modérée et positive entre les événements de la vie négatifs et la dépression (r = 0,361; p &lt;0,0001). »</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>La majorité des élèves présentant des symptômes dépressifs sont des filles (n=15). Ce qui confirme les résultats d'études antérieures quant à la prévalence des symptômes dépressifs chez le sexe féminin. Dans l'étude, il y avait une corrélation linéaire modérée entre les événements négatifs de la vie et la dépression (r = 0,361; p &lt;0,0001). Tous les événements de vie négatifs reportés étaient en lien avec la famille.</p> <p>Les résultats de l'étude doivent alerter les infirmières scolaires et les pousser à accorder plus d'importance aux événements de la vie des jeunes. Elle doit intégrer les événements de vie stressants passés, actuels ou futurs dans l'anamnèse des jeunes.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>-</p>

Conséquences et recommandations	<p>Implications pour les infirmières scolaires en milieu rural :</p> <p>Comme les événements de vie négatifs ont une influence sur la santé mentale des jeunes et peuvent précéder parfois une tentative de suicide, les infirmières scolaires doivent penser à les inclure dans les anamnèses des jeunes, en particulier chez les jeunes filles.</p> <p>Elles doivent lister les événements de vie et comprendre comment l'adolescent les perçoit : négatif, indésirable, positif, souhaitable.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Puskar, K. R., Grabiak, B. R., & Ren, D. (2011). The life events of adolescents : implications for rural nurses. <i>Online Journal of Rural Nursing and Health Care</i> , 11(1).				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique n'est énoncé
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	L'étude contient un paragraphe « design » qui renseigne sur le devis choisi qui est une étude transversale. Par contre,

					l'article ne dit pas clairement si l'étude est qualitative ou quantitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, la couleur de peau, le sexe, l'âge, la classe, leur programme scolaire, le travail, le niveau de formation et le métier des parents des adolescents sont précisés.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Le temps et les questionnaires sont décrit par contre le moment où les élèves ont reçu le questionnaire, le lieu et le contexte ne sont pas nommés.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Il y a des autorisation qui ont été obtenues mais aucun comité d'éthique n'est nommé. De plus, je trouve controversé le fait de payer les étudiants participants aux questionnaires
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		L'étude ne contient pas de cadre conceptuel/théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucune limite n'est énoncée
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents : a systematic review. <i>Inj Prev</i> , 17(1), 43-49. doi:10.1136/ip.2009.025502
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>« Dans beaucoup de pays, le suicide représente la deuxième ou troisième cause mortalité chez les jeunes adultes. Chaque pays étant touché, certains ciblent des interventions sur la réduction d'accessibilité à des moyens létaux et d'autres axent sur l'implantation de programmes de prévention du suicide à l'école.</p> <p>Aux Etats-Unis, les programmes de prévention du suicide en milieu scolaire sont le moyen le plus souvent utilisé afin de lutter contre ce problème de suicide des jeunes. Ces programmes consistent généralement en trois à cinq jours d'interventions en milieu scolaire avec divers moyens pédagogiques tels que des présentations, des vidéos, etc. Ils possèdent trois focus qui sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser la population au suicide des adolescents</li> <li>• Fournir des informations afin que les jeunes puissent reconnaître les signes d'un probable comportement suicidaire afin d'améliorer leur sécurité et celle de leurs proches.</li> <li>• Informer les étudiants des ressources existantes et disponibles s'ils nécessitent de l'aide »</li> </ul>
Recension des écrits	Il n'y en a pas.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette revue systématique est d'étudier différents programmes de prévention de suicide pour des enfants en âge d'école secondaire et d'en évaluer l'efficacité, la rigueur méthodologique et les limites.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Revue systématique

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>« Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des études avec des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire (école secondaire) ayant comme participant des jeunes des deux sexes âgés de 13 à 19 ans</li> <li>• Des études avec des évaluations de suivi</li> <li>• Des études randomisées contrôlées comportant un groupe test et un groupe contrôle</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des méthodes de prévention du suicide pour adultes</li> <li>• Des études parlant de suicide sans aborder des programmes de prévention du suicide</li> <li>• Des programmes ayant un autre déroulement par exemple par téléphone ou hotline, etc</li> <li>• L'inclusion d'adolescents ayant arrêté l'école en cours de route dans l'échantillon</li> </ul> <p><u>Technique de recherche</u> : Les chercheurs ont utilisé ces banques de données afin de trouver leurs articles : Ovid MEDLINE, ovid Healthstar, CINAHL, PsycINFO, les revues de EBM, Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, HTA, NHSEED et ISI Web of science.</p> <p>Différents termes ont été utilisé afin de trouver les articles correspondants : « suicide », « suicidal ideation », « suicidal », « attempted suicide », « self-harm », « self-injurious behaviour », « self-mutilation », « self-hate » - « suicide prevention », « prevention », « crisis intervention » « preventive medicine », « preventive health services », « health education », « program development », « program evaluation ». Les résultats ont ensuite été filtré en utilisant des termes plus spécifiques à l'école : « school », « academic », « health school services », « schools, public health », « curriculum », « curricula », « school policies », « school health ». »</p> <p>Enfinement, 8 des 32 articles potentiels ont été sélectionnés et analysés.</p>
Déroulement de l'étude	« Les données ont été extraites indépendamment par deux chercheurs en utilisant un outil standard d'extraction de données. Durant cette extraction, les chercheurs ne connaissaient ni auteurs, ni journal de publication, ni institution. »
Considérations éthiques	(non précisées)
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	« Les données ont été décrites et intégrés en utilisant une forme narrative. Cette approche a été sélectionnée car les éléments des études sélectionnées se différaient trop (échantillon, durée de l'étude, évaluations des résultats, etc.) »

Présentation des résultats	<p>« Les huit études choisies regroupent six programmes différents de prévention du suicide. On y retrouve :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cours et discussion sur une vidéo</li> <li>2. Une intervention en trois phases</li> <li>3. Des classes participatives</li> <li>4. Un programme avec des vignettes</li> <li>5. Le programme de prévention SOS</li> <li>6. Le programme de prévention SEHS</li> </ol> <p>six des huit études ont été réalisées aux Etats-Unis, une en Israël et une en Belgique.</p> <p><u>Brève description des études sélectionnées :</u></p> <p><b>Klingman &amp; Hochdorf, 1993 :</b> Un modèle d'intervention en trois phases a été utilisé. Le focus principal de cette étude était de modifier des éventuels processus cognitifs mal adaptés tels que des pensées irrationnelles ou négatives. L'étude a été réalisée auprès de 237 étudiants d'école secondaire en Israël. Il y avait un groupe test et un groupe contrôle et chacun d'entre eux ont reçu des questionnaires afin de mesurer les comportements suicidaires, leur attitude, leur empathie, la solitude, le coping et leurs connaissances.</p> <p><b>Ciffone, 1993 :</b> L'étude porte sur une amélioration des comportements de recherche d'aide auprès d'un échantillon de 324 étudiants en 10<sup>ème</sup> année à Chicago. Pour le déroulement du programme : les étudiants ont visionné une vidéo de 15min parlant d'un jeune ayant fait une tentative de suicide et un autre s'étant suicidé. Après ce visionnage, une discussion structurée de 40min a été réalisée en classe et les élèves ont dû remplir un questionnaire. Il y avait un groupe test et un groupe contrôle.</p> <p><b>Kalafat &amp; Elias, 1994 :</b> L'échantillon de l'étude était constitué de 253 étudiants de 10<sup>ème</sup> année du nord-est des Etats-Unis. Il y avait un groupe test et un groupe contrôle. Le programme consistait en trois périodes de cours de 40/45min avec des professeurs de cours santé en mode classe participative. Les trois périodes avaient des sujets bien défini ; la première portait sur des informations sur le suicide et les attitudes à avoir à propos de celui-ci, la deuxième contenait les signaux d'alerte et la recherche d'aide et finalement dans la dernière les classes visionnaient une vidéo démontrant les conséquences d'une non prise en compte d'un pair suicidaire. Le but de ces interventions était d'améliorer les connaissances, les attitudes, les comportements de recherche d'aide.</p>
----------------------------	--



**Kalafat & Gagliano, 1996** : Le but de cette étude était d'évaluer la probabilité de recherche d'aide chez des adolescents après cinq jours de programme éducationnel destiné à améliorer leurs connaissances sur le suicide. L'échantillon était de 109 jeunes américains en 8<sup>ème</sup> année. Il y avait un groupe contrôle et un groupe test.

**Aseltine & DeMartino, 2004** : Les chercheurs ont utilisé le programme déjà existant SOS et en ont ainsi évalué l'efficacité avec un échantillon de 2100 élèves américains. Ce programme est utilisé dans l'amélioration des connaissances autour du suicide et également dans le dépistage de la dépression auprès des jeunes. Comme outil de dépistage, le Columbia Depression Scale (CDS) a été utilisé. Ce programme consistait aussi à aider les jeunes à reconnaître les signes suicidaires autant chez eux que chez leurs proches. Les élèves étaient répartis en groupe test et groupe contrôle et ont rempli des questionnaires 3 mois suivant l'intervention.

**Portzky & van Heeringen, 2006** : L'efficacité d'un programme psycho-éducatif didactique proposé dans des écoles secondaires de Belgique a été étudié dans cette recherche. L'échantillon était constitué de 172 élèves ayant rempli un questionnaire avant et après l'intervention. Ces questionnaires tournaient autour des connaissances, des attitudes, du coping et du désespoir. Ce programme agissait sur deux aspects, motiver les pairs à se confier les uns aux autres et le programme psycho-éducatif pour améliorer les connaissances propres au suicide.

**Ciffone, 2007** : Cette étude teste l'efficacité du programme SEHS, qui était un programme sur trois jours enseigné par des professeurs de l'école. L'amélioration des connaissances du suicide ainsi que le changement d'attitude face à celui-ci, en comportement plus positif comme la recherche d'aide, sont les principaux objectifs de ce programme. 421 étudiants en 10<sup>ème</sup> année ont participé à l'étude, répartis en groupe test et groupe contrôle. Des questionnaires ont été distribués aux deux groupes avant et après le programme.

**Alseltine & al, 2007** : Cette recherche a également testé l'efficacité du programme SOS et a aussi utilisé l'outil CDS afin de dépister la dépression auprès des adolescents à risque élevés. L'échantillon était constitué de 4133 étudiants de neuf écoles d'Amérique, de culture et milieux sociaux différents. Les participants ont rempli le questionnaire avant et 30 jours après l'intervention de prévention. »

« **Résultats par études** : (selon table 5 de l'article), légendes : GC = groupe contrôle, GT = groupe test

Etude	Connaissances	Attitude	Recherche d'aide	Tentatives de suicide auto-reportées	Autre
Klingman & Hochdorf, 1993	GC : 4.17, GT : 5.05 (moyenne) (p<0,001)	GT : plus grande différence entre le désespoir et l'espoir :	Pas évalué	Pas évalué	Coping : GC : 86,5% utilise des stratégies de coping positives

			F(1,211)=6.73 p<0.04			contre 77% dans le TG. (p<0.05)
Ciffone, 1993	Pas évalué		Amélioration du GT mais pas significatif	Plus de recherche d'aide en comparaison au GT mais pas significatif (p<0,099)	Pas évalué	Pas évalué
Kalafat & Elias, 1994	GC : il n'y pas d'effet de groupe significatif (p<0,48) GT : effet de groupe (p<0,0001)		GC : il n'y pas d'effet de groupe significatif (p<0,1) GT : significatif (p<0,003)	Effet de groupe global (p<0,002)	Pas évalué	Pas évalué
Kalafat & Gagliano, 1996	Pas évalué		Pas évalué	GT : 28,8% voulaient parler de la situation à un adulte dans la vignette avec ambiguïté et 40,4% dans la vignette plus franche contre 0% et 1,8% du GC	Pas évalué	Pas évalué
Aseltine & DeMartino, 2004	GC : 6,49 GT : 7.18 (p<0,0083)		GC : 3,8 GT : 4,05 (p<0,0071)	GC : 13%, 18,7% GT : 11,9%, 15,9% % ayant parlé avec un adulte de problèmes émotionnels d'un ami, % qui ont parlé avec un adulte de leur propre dépression (pas significatif)	GC : 5,4% GT : 3,6%	Suicidal ideation : GC : 12,2% GT : 10,1% (pas significatif)

	Portzky & van Heeringen, 2006	Amélioration (p<0,001)	Effet insignifiant (p<0,653) (pas significatif)	Pas évalué	Pas évalué	Coping : effet insignifiant : (p<0,869)
	Ciffone, 2007	Pas évalué	Améliorations de 5 items (p<0.0001)	Amélioration de 2 items (p<0.05)	Pas évalué	Pas évalué
	Alseltine & al, 2007	GT : 5.00 GC : 4.36 (moyenne)	GT : 3.99 GC : 3.83 (moyenne)	GT : 12,8% recherche de l'aide GC : 12,4% (pas significatif)	GT : 3% GC : 4,5%	Pas évalué
	»					
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Les connaissances des jeunes face au suicide ont été améliorées de façon statistiquement significative dans 5 des 8 études. Les 3 autres (Kalafat &amp; Gagliano (1996), Ciffone (1993), Ciffone (2007)) n'avaient pas vraiment examiner le changement de connaissances mais ont eu des améliorations significatives après leurs interventions dans les comportements de recherche d'aide.</p> <p>Une différence de résultats dans les sexes a été identifiées dans deux études à large échantillon évaluant les connaissances qui favorise le sexe féminin. Cette différence n'a pas été retrouvée dans une autre étude, éventuellement à cause de son échantillon plus faible.</p> <p>« Sur les sept études évaluant l'attitude face au suicide/ à la dépression, cinq programmes ont démontré une amélioration significative de celle-ci. Six études se sont penchés sur la recherche d'aide, trois d'entre-elles avaient des améliorations significatives et deux autres démontraient des améliorations mais pas significatives.</p> <p>Les programmes de prévention du suicide pour les jeunes restent controversés, certains affirment qu'ils n'ont pas d'effet ou alors ont l'effet inverse en augmentant les taux de suicide chez les jeunes. Des études relatent même que les programmes de préventions incitent à la banalisation des comportements suicidaires. Dans la présente étude, les résultats significatifs nous indiquent que les comportements de recherche d'aide ont augmentés et que les connaissances des jeunes autour du suicide se sont améliorés. Par contre, aucune preuve n'a été relevée dans cette étude qui suggère qu'une augmentation des connaissances mène à des idées suicidaires et/ou au désespoir. Malgré diverses améliorations dans les domaines d'étude (connaissances, attitudes, recherche d'aide), l'étude n'amène aucune preuve que ceci mène à une réduction des tentatives de suicide ou de suicides complétés chez les groupes d'étudiants participants.</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires dans ce domaine d'étude. »</p>					
Forces et limites	« Dans certaines études, l'échantillon était trop faible. De futures études devraient inclure des échantillons plus importants à leurs programmes afin d'assurer la validité des résultats.					

	<p>A cause de contraintes financières et organisationnelles, l'efficacité des programmes n'a pas pu être évaluée en comparant les tentatives/les suicides avant et après les interventions pourtant ceci serait le meilleur indicateur d'efficacité d'un programme de prévention du suicide.</p> <p>Aucune des études ne relate les suicides accomplis. »</p>
Conséquences et recommandations	<p>« Cette revue systématique démontre que la prévention du suicide à l'école secondaire peut améliorer les connaissances, les attitudes face au suicide et dans certains cas les programmes ont renforcé les comportements de recherche d'aide chez les jeunes. Ainsi, les programmes encouragent aussi l'environnement à être plus attentifs aux pairs, à ses éventuelles idéations suicidaires ».</p> <p>D'autres études à ce propos sont nécessaires, en particulier des études longitudinales qui prouveraient si les programmes sont efficaces à long terme. Des futures études devraient aussi être réalisées dans d'autres cultures et d'autres contextes car six des huit études utilisées étaient des études réalisées en Amérique. Au vu des nombres de suicides d'adolescents, des recherches futures sur le sujet sont primordiales.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents : a systematic review. <i>Inj Prev</i> , 17(1), 43-49. doi:10.1136/ip.2009.025502				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?		X		Il n'y a pas de recension des écrits.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Pas de cadre théorique utilisé, par contre les programmes de prévention utilisés sont décrits brièvement.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Uniquement le but, il n'y pas d'hypothèses ou de question.
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Revue systématique

Devis de recherche					
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	L'échantillon recherché est des jeunes des deux sexes de 13-19 ans en école secondaire, pas d'autres précisions sont définies.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Chaque étude a un autre échantillon qui est parfois un peu détaillé mais généralement peu de détails sont donnés sauf l'âge et la région.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?		X		Chaque outil est expliqué en quelques mots par étude mais ils ne sont pas décrits précisément.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Il y n'y pas de renseignements par rapport aux démarches éthiques prises dans toutes les études sélectionnées.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Plutôt pour chaque thème (connaissance, attitude, recherche d'aide, etc. )
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Pas de cadre théorique
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui mais uniquement une
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. <i>Int J Ment Health Nurs</i> , 23(6), 570-579. doi:10.1111/inm.12093
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Différentes études effectuées durant les dernières années, démontrent qu'il y a une augmentation de l'incidence des comportements autodestructeurs et comportements à risque chez les adolescents (McGorry &amp; al., 2007 ; Pattel &amp; al., 2007 ; Scoliers &amp; al., 2009). Butler et Malone (2013), Green et al. (2011), Spirito et al. (2003) déclarent que « deux tiers des enfants et des adolescents présentant des troubles de l'estime de soi et des comportements suicidaires sont susceptibles de subir des troubles dépressifs ». Selon Butler et Malone (2013), Zetterqvist et al. (2013) il existe une différence entre les comportements suicidaires et les comportements autodestructeurs non suicidaires. Les comportements autodestructeurs non suicidaires sont définis comme « la destruction délibérée de son propre corps sans intention suicidaire, la reconnaissance est démontrée à l'aide de la répétitivité du geste et la gravité du comportement autodestructeur qui est associé à un risque élevé de tentative de suicide ».</p> <p>Selon Burns et Rapee (2006), le fait que les comportements autodestructeurs augmentent chez les adolescents et le fait qu'ils soient en lien avec le suicide relèvent certains problèmes. Ils s'interrogent si les structures et les ressources sont aux bons endroits et utilisées de manière suffisante. Effectivement, beaucoup d'études ont déterminé que beaucoup de jeunes ayant des comportements autodestructeurs ne demandent pas de soins (Hawton &amp; al., 2002 ; Madge &amp; al., 2011).</p> <p>Durant ces dernières années, Buston, (2002), Fallon et al. (2012) et McAndrew et al. (2012) ont voulu montrer l'importance de prendre en compte ce que disent les enfants et les adolescents dans leurs besoins en santé mentale. Les Etats-Unis en font un aspect très important qui est même défini dans l'article 12 de leurs lois (Nation Unies, 1989). De multiples politiques ont été mises en place aux Etats-Unis et ceci ont pour but de mettre en évidence les opinions des enfants et des adolescents quant à « la planification, l'amélioration et l'évaluation des services » (McAndrew et Warne 2014).</p> <p>Peu d'études ont traité le point de vue des adolescents ou enfants sur les services en santé mentale (Palmer et al., 2007).</p>
Recension des écrits	<p>Un certain nombre d'études relèvent que les adolescents sont souvent conviés à donner leurs points de vue mais ils se sentent que très rarement écoutés. Pour Fox et Butler (2007), Neil (2005), Worrall Davis et Marino Francis (2008), il est important que les opinions des jeunes soient pris en compte si l'ont souhaite l'implication des ceux-ci dans « la planification, l'amélioration et l'évaluation des services ».</p> <p>Storey et al., 2005 a relevé dans son étude que les conseillers dans les écoles n'étaient disposés à écouter les opinions des jeunes. Fortune et al., 2008 mettent bien en évidence que les adolescents ne vont également pas chercher de l'aide dans des services spécifiques, car ils estiment leurs amis comme leur principale source de soutien. Ils ont aussi pu relever que les adolescents n'allaient pas chercher de l'aide</p>



	par peur de se créer encore plus de problèmes. Ils souhaiteraient une prévention plus percutante et des programmes scolaires afin d'améliorer le bien-être des adolescents.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas
Question de recherche/buts	Le but de cette étude est de récolter les histoires des adolescents qui ont des comportements autodestructeurs et des comportements suicidaires pour pouvoir déterminer leurs besoins.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Recherche qualitative à l'aide d'une analyse phénoménologique interprétative (IPA)
Population, échantillon et contexte	Echantillon délibéré de sept femmes britanniques blanches de 13 à 17 ans ayant déjà commis des comportements autodestructeurs ou des comportements à risque suicidaires.
Méthode de collecte des données	Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens en face à face d'une durée de 45 à 60 minutes. Ces entretiens se sont fait dans des lieux où l'adolescent se sentait bien ainsi que le chercheur. Les entretiens ont été enregistrés
Déroulement de l'étude	Les chercheurs ont lu ligne par ligne chaque entretien, en mettant en évidence les items ressortis à plusieurs reprises au sein de chaque histoire. Les items principaux ressortis dans chaque histoire ont été exposés à une autre analyse afin de déterminer les similitudes de l'ensemble des participants. Par la suite, les chercheurs ont discuté entre eux et les items ont été trouvés.
Considérations éthiques	L'Université et le National Research Ethics Services ont octroyé leur approbation éthique. L'anonymat a été respecté auprès de tous les participantes. Un soutien a été accordé aux participantes qui éprouvaient une détresse lors de l'entretien ou après celui-ci à court terme et à long terme selon les besoins. Les participantes ont eu le choix de participer à l'étude ou non.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'interprétation des transcriptions et l'analyse descriptive a été vérifié par un chercheur indépendant ce qui a attesté que les résultats étaient véridiques et crédibles. À partir de l'analyse, trois grands thèmes ont été identifiés : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le stress</li> <li>2. Se faire aider</li> <li>3. Prioriser les comportements autodestructeurs dans les programmes de santé publique.</li> </ol>

Présentation des résultats	<p><b><u>Thème 1 : Le stress</u></b></p> <p>Les participantes ont énuméré un certain nombre de facteurs déclencheurs comme les événements difficiles de la vie, des troubles de l'émotion et les conséquences positives que l'automutilation leur a procurées. Les déclencheurs sont : les traumatismes liés à l'enfance, la mort d'un proche, l'intimidation. Ceux-ci peuvent entraîner du stress.</p> <p>Ce que disent les participantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participantes expriment que les dires de leurs amis ont eu une incidence sur leur décision à s'infliger des comportements autodestructeurs</li> <li>• Bien que les événements de la vie puissent être difficiles, les comportements autodestructeurs sont perçus comme un acte de préservation de soi.</li> <li>• Les comportements autodestructeurs se répètent, car ils apportent aux participantes un sentiment de soulagement.</li> <li>• La perception qu'ils ont du regard des autres, a développé chez eux un sentiment de honte.</li> <li>• La perception des autres semble très importante pour les jeunes, mais ceci ne les aide pas à arrêter leurs comportements autodestructeurs</li> <li>• La perception des autres à leur égard associé à leurs problèmes de bases, peut induire des idées suicidaires</li> </ul> <p><b><u>Thème 2: Se faire aider</u></b></p> <p>Ce thème comprend différents aspects de la recherche d'aide que les jeunes estiment importants comme : prendre la décision de se faire aider, à qui peuvent-elles s'adresser, les services qui peuvent leur être utiles, les différentes caractéristiques des comportements autodestructeurs. Pour les adolescents, demander de l'aide reste encore très problématique.</p> <p>Ce que les participantes disent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils ne savent souvent pas où s'adresser pour trouver de l'aide.</li> <li>• Certaines ont quand même accéder rapidement à des services d'aide</li> <li>• Beaucoup d'adolescentes ont eu accès à des services spécifiques par le biais de leur médecin traitant. La plupart pensait que le médecin traitant ne s'occupait pas de ce genre de problème.</li> <li>• Beaucoup ressentent de la honte de se faire aider</li> <li>• Au niveau scolaire, se sont souvent les enseignants qui les ont dirigés vers un service d'aide.</li> <li>• La plupart des adolescentes ont eu accès de plusieurs services comme la conseillère scolaire, des groupes de thérapie comportementale dialectique, CAMHS (Children and Adolescent Mental Health Service).</li> <li>• Lorsqu'ils ont eu accès à différents services, les jeunes ont tendance à s'ouvrir et à oser en parler à d'autres personnes.</li> <li>• Pour l'une des participantes qui avait de la difficulté à parler de ses actes d'automutilation, elle a préféré accéder à des services en ligne ce qui lui a permis de s'exprimer</li> <li>• Des caractéristiques d'aide ont été mises en avant par les participants telles que : l'écoute, ne pas se sentir jugé, la confidentialité, la confiance envers les professionnels, pouvoir discuter avec une personne qui n'est en lien avec la famille, des</li> </ul>
----------------------------	---

	<p>amis et de l'école. Le sentiment de ne pas être jugée et le respect de la confidentialité jouent un rôle primordial, car ceux-ci permettent aux adolescentes de se sentir en sécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participantes ayant participé à des groupes de thérapie comportementale dialectique disent se sentir plus à l'aise pour discuter de leurs problèmes, car ils ne se sentaient pas jugés et ne sentaient plus seules.</li> <li>• Il est important pour plusieurs des participantes de se sentir comprises par les professionnels</li> <li>• Une adolescente a mis en place des stratégies telles que : lettres aux personnes qui l'ont blessées et des exercices de respiration</li> <li>• Il est important pour elles, d'arriver à identifier ce qu'il les a fait arrêter leurs comportements d'autodestructeurs</li> </ul> <p><b><u>Thème 3 : Prioriser les comportements autodestructeurs dans les programmes de santé publique</u></b></p> <p>Ce thème prend en compte ce qui pourrait les aider à ne plus s'infliger des comportements autodestructeurs et à diminuer leur incidence. Il va également toucher différentes dimensions telles que : à qui peuvent-ils s'adresser, la scolarisation et la diffusion de l'information. La plupart des adolescentes ne connaissaient pas les services d'aide auxquels elles pouvaient avoir accès.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsqu'une information est donnée, il faut qu'elle soit claire et précise, en précisant les services disponibles et ce qu'ils offrent</li> <li>• Beaucoup ont parlé du contexte de l'école, de son rôle dans leurs comportements à risque</li> <li>• Les adolescentes souhaiteraient avoir plus de connaissances concernant les comportements à risque.</li> </ul> <p>Ce thème souligne l'importance du rôle de l'école et également le fait que les adolescentes ne connaissaient pas les services auxquels elles pourraient avoir accès pour se faire aider. La connaissance de ces services auraient peut-être permis aux jeunes d'éviter de nouveaux comportements autodestructeurs.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude sont en accord avec d'autres études, en mettant en avant une nouvelle fois la complexité des comportements autodestructeurs, notamment en ce qui concerne les jeunes et la difficulté à trouver de l'aide (Buston 2002; Fortune &amp; al., 2008; Storey &amp; al., 2005). Dans les résultats de cette étude, l'importance de la perception des amis est mise en avant dans la prise de décision de se livrer à des comportements autodestructeurs (McAndrew &amp; Warne 2014).</p> <p>Le sentiment de honte fait partie intégrale des comportements d'autodestruction (Fortune et al. 2008; Fox &amp; Butler 2007; Le Surf &amp; Lynch, 1999). Ce sentiment a créé chez les adolescents une diminution de leur estime de soi, de l'anxiété et les adolescents ont l'impression de devoir se punir (Holden &amp; Delisle 2006; Scoliers et al. 2009; Skogman &amp; Öjehagen 2003). « La stigmatisation perçue complique le processus de recherche d'aide, ce qui fait que les jeunes ont peur de parler de leurs problèmes » (Fortune et al., 2008 ; Fox et Butler 2007). Les adolescents n'ayant pas la possibilité de discuter de leurs problèmes augmenteraient leurs sentiments de sentir seuls ce qui pourraient les amener à des idées suicidaires. Dans cette étude, les jeunes se sont sentis rassurées de savoir que leurs dires resteraient confidentiels.</p> <p>Beaucoup d'études démontrent que les adolescents ont de la difficulté à parler de leur problème à leur famille (Fortune &amp; al. 2008; Roose &amp; John 2003) pour diverses raisons : des parents pas très ouverts, pour protéger leur famille, la peur de leur réaction, la peur de les blesser (Day &amp; al., 2006; Fortune &amp; al., 2008; Hart &amp; al. 2005; Street &amp; al. 2005; Street &amp; Svanberg 2003). Dans plusieurs études, le respect de la confidentialité et la confiance ont joué un rôle très important pour les jeunes.</p> <p>Il est important de ne pas passer à côté du fait que les adolescents ont de la peine à parler de leurs problèmes, ceci démontre l'importance de fournir une aide confidentielle. Il est également important de fournir du soutien aux familles et parents qui ont des enfants avec des</p>

comportements autodestructeurs, car ce sont eux qui sont en première ligne pour repérer les signes avant-coureurs de détresse et de comportements autodestructeurs et ils ont souvent de la difficulté à comprendre ces comportements (Oldershaw & al., 2008).

Dans cette étude, les chercheurs ont mis en évidence que le manque de courage et confiance des adolescentes ne les ont pas aidées à demander de l'aide. La problématique est qu'il faut attendre que les premiers comportements autodestructeurs aient lieu avant de pouvoir agir.

Dans cette étude, les enseignants ont joué un rôle important, car c'est grâce à eux que la plupart des adolescents ont eu accès aux services d'aide, malgré que les enseignants ne soient pas formés pour assumer ce rôle.

Toutes les participantes, sauf une, ont préféré recevoir de l'aide en face à face. (Roose & John 2003). Les principaux moyens d'aide en face en face sont : les conseillers scolaires, les organisations locales, les groupes de thérapie comportementale dans les écoles et des conseillers sur internet. Un certain nombre de participants, ont relevé qu'ils se sentaient plus soutenus dans les écoles (Baruch 2001; Burns & Rapee 2006). Les groupes de thérapie comportementale dialectique se sont avérés efficaces chez les adolescents ayant des comportements autodestructeurs. Ses principales fonctions sont : se sentir moins seul, partager leurs connaissances et leurs expériences sur les comportements autodestructeurs.

L'école est la mieux placée pour répondre aux besoins des adolescents, car dans cette étude, plusieurs participantes parlent de leurs comportements autodestructeurs dans le contexte de l'école. Il est important même si ceci n'est pas dans leur rôle que les enseignants soient empathiques et compréhensifs avec leurs élèves. D'autres recherches ont démontré qu'il serait très avantageux d'avoir un service spécifique dans les écoles.

Les adolescentes de cette étude ont exprimé avoir besoin de plus de connaissances concernant les comportements autodestructeurs et souhaiteraient qu'il y ait plus d'affiches de prévention dans les écoles. Les chercheurs veulent sortir du cadre de l'école afin que la population ait également plus de connaissances à ce sujet et qu'ils puissent repérer les comportements à risque de leurs enfants.

Forces et limites	Les participantes sont toutes des femmes. Les garçons cachent souvent leurs comportements autodestructeurs, c'est pour cela qu'aucun garçon n'ait accepté de participer à cette étude. Ce sujet délicat peut expliquer le nombre restreint d'adolescent, car ils se sentent souvent honteux de parler de ce sujet.
Conséquences et recommandations	Maintenant que les adolescentes ont pu être écouté grâce à cette étude, les auteurs espèrent que cela va continuer et que des changements vont s'opérer dans les années à venir. L'infirmière en santé mentale jouerait un rôle primordial dans la prise en charge et l'évaluation d'adolescents ayant des comportements autodestructeurs. La connaissance de ces comportements autodestructeurs dans les écoles, permettrait une meilleure compréhension de la population. Il est important de soutenir et former les personnes les plus en contact avec ces adolescents.
Commentaires	

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. <i>Int J Ment Health Nurs</i> , 23(6), 570-579. doi:10.1111/inm.12093				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?		X		Les concepts ne sont pas indiqués clairement.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le problème, la méthode et la discussion sont bien synthétisés. Au contraire des résultats sont difficiles à comprendre, car ils reprennent à chaque fois ce que chaque personne à dit précisément et parfois le verbatim n'est pas très clair.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de cadre conceptuel ou théorique
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?		X		La question n'est pas clairement formulée et les buts non plus.
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			

Devis de recherche	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Parfois presque trop détaillés, en reprenant ce que chaque personne a dit.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Pas expliqué clairement
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			

	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Haddad, M., Butler, G. S., & Tylee, A. (2010). School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. <i>J Adv Nurs</i> , 66(11), 2471-2480. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05432.x
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La santé mentale chez les adolescents est devenue un problème important. Pour la personne concernée, la famille et les soignants, l'anxiété et la dépression sont difficile à vivre. Elles engendrent également des difficultés dans la réalisation sociales et scolaires de la personne. Lors de l'adolescence, beaucoup de jeunes sont confrontés à la dépression, ce qui peut parfois engendrer des comportements à risque et autodestructeurs ce qui peut conduire au suicide. (Gould & al., 2003 ; Evans & al.,2005) (Maughan & Kim-Cohen, 2005). Seulement un quart des étudiants souffrant d'un trouble mental diagnostiqué se font suivre par des services spécialisés (Ford & al., 2007). Lorsque les adolescents ont besoin d'aide ou des conseils, ils se retournent beaucoup vers leurs famille, amis, enseignants et les infirmières scolaires, c'est pour cela que le personnel soignant dans les écoles joue un rôle primordial pour identifier ces jeunes à risque (Ford & al.,2007).
Recension des écrits	<p>Beaucoup de pays portent un intérêt particulier à la santé mentale et essaient de développer des meilleurs services afin d'améliorer le bien-être des adolescents (UNICEF, 2007).</p> <p>Les infirmières scolaires jouent un rôle primordial au niveau de la santé mentale chez les adolescents (Merrell &amp; al., 2007 ; Clausson &amp; al., 2008 ; Wilson &amp; al., 2008). Par contre, un problème persiste, les infirmières scolaires manquent cruellement de formation et de supervision dans le domaine de la santé mentale (Leighton et al., 2003). Malgré des données probantes sur l'importance et les interventions de l'infirmière scolaire dans la prévention de la santé mentale, celles-ci sont que très peu mises en avant dans les approches existantes (Hootman &amp; al., 2002 ; Beardslee &amp; al., 2003 ; Chipman &amp; Gooch, 2003 ; Clarke &amp; al., 2003 ; Puskar &amp; al., 2003 ; Day, 2005 ; DeSocio &amp; al., 2006 ; O'Donnell &amp; al., 2007 ; Stallard &amp; al., 2007).</p> <p>Les infirmières scolaires interviennent auprès des adolescents et enfants dans divers domaines comme : la protection de l'enfance, les programmes de vaccination, les entretiens individuels, la promotion de la santé, le dépistage, le soutien, le lien entre les différentes structures (santé, sociales, éducatives). Les soignants des écoles devraient avoir plus de formations concernant la santé mentale afin d'approfondir leurs connaissances et de pouvoir identifier les premiers signes à risque des adolescents (Scottish Executive, 2003 ; gouvernement de l'Assemblée galloise, 2005).</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était de connaître le ressenti des infirmières scolaires au niveau de leur rôle dans la santé mentale, de leurs demandes de formation et de leurs comportements face à la dépression chez les adolescents.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif
Population, échantillon et contexte	Ce sont 700 infirmières scolaires et parfois des responsables d'équipe d'infirmières scolaires qui ont été sélectionnés pour cette étude.  Les infirmières ont été choisies à l'aide des trois organisations dont elles peuvent faire partie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCN (Forum des infirmières scolaires du Royal College of Nursing)</li> <li>• CPHVA (L'association des praticiens de la santé)</li> <li>• SAPHNA (L'association des infirmières en santé publique)</li> </ul>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	L'outil de recueil de données était un questionnaire de 31 items. Onze items comprenaient le rôle de l'infirmière scolaire au niveau de la santé mentale et leurs caractéristiques. La deuxième partie du questionnaire comprenait le DAQ (une échelle analogique visuelle sous forme d'auto-évaluation afin de déterminer si les personnes répondantes sont en désaccord ou fortement en désaccord...), il a été mis en place afin d'évaluer les comportements des soignants face à la dépression et à sa gestion. Cet outil a été adapté pour les infirmières scolaires.
Déroulement de l'étude	Les infirmières sélectionnées au hasard parmi les trois organisations ont reçu une lettre qui contenait les informations nécessaires (l'accord des trois organisations et le questionnaire). Elles avaient une semaine pour retourner le questionnaire et si cela n'était pas fait un rappel a été envoyé dix jours après.
Considérations éthiques	Le comité d'éthique de recherche a donné sa permission pour cette étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Le Statistical Package for the Social Sciences/PC+, version 15 a été utilisé pour analyser les données récoltées. L'analyse factorielle exploratoire a été utilisée pour l'échelle DAQ, car c'était la première fois qu'il était utilisé par les infirmières scolaires. Les chercheurs ont comparé chaque item avec chaque item afin de déterminer s'ils étaient tous nécessaires. Cette analyse permet la validation de l'outil.  Le lien entre les comportements des infirmières scolaires, leur formation et leur rôle a été analysé par ANOVA.

Présentation des résultats	<p><b>Données démographiques :</b>  Sur 700 participantes, seulement 258 ont répondu au questionnaire. Elles travaillaient toutes dans des écoles mais possédaient des niveaux de formation différents (cf. tableau 1). 50% étaient des infirmières scolaires, les praticiennes spécialisées étaient 24% et les responsables d'équipe 18%.</p> <p><b>Santé mentale et formation spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participantes ont dû répondre à question afin de savoir si les troubles psychologiques et émotionnels jouaient un rôle important dans leur travail. Elles étaient à 63% fortement d'accord et 30% d'accord.</li> <li>• 55% de celles-ci ont également exprimé passer plus d'un quart de leur temps de travail à s'occuper de personnes ayant des problèmes liés à la santé mentale et 24% ont exprimé y passer plus de la moitié de leur temps.</li> <li>• 46% des participantes indiquent ne pas avoir eu de formation spécifique à la santé mentale</li> <li>• Elles ont dû également remplir des questions supplémentaires afin de déterminer quels étaient leurs besoins à l'aide d'une échelle de 5 points. A ces questions, les besoins les plus ressortis sont : des formations en plus, un meilleur soutien des ressources locales</li> <li>• Les formations qu'elles souhaiteraient effectuer sont : la gestion de l'automutilation, identifier l'anxiété et la dépression, pouvoir effectuer des interventions spécifiques à leurs rôles.</li> <li>• Elles ont également pu soumettre des souhaits comme : d'avoir plus de temps pour s'occuper des adolescents ou enfants ayant des problèmes liés à la santé mentale, une amélioration du soutien et de la communication avec leurs équipes CAMHS (Child and Adolescents Mental Health Services), des formations en plus, des supervisions du CAMHS, des outils d'évaluation, un fil rouge et des ressources. (Cf tableau 2).</li> </ul> <p><b>Mesures des facteurs des comportements :</b>  L'analyse du DAQ (cf tableau 3) a permis de mettre en place trois facteurs comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilité et confiance professionnelle (items 9,12,15) : ceci aide à l'épanouissement des infirmières dans leur travail avec des jeunes déprimés, elles se sentent souvent confiantes d'être confrontées à ce genre de population. Score moyen : 60</li> <li>• Comportements négatifs face à la dépression (items 7, 8, 10, 11, 16) : les infirmières ne sont pas d'accord sur le fait que la dépression fait partie de l'adolescence et qu'on ne peut rien faire pour changer cela. Score moyen : 30</li> <li>• Habitudes à demander de l'aide aux experts en psychiatrie (items 17, 19, 20) : Les infirmières scolaires estiment plus judicieux que la prise en charge de la dépression soit faite par un spécialiste. Score moyen 70</li> </ul> <p>Sachant que plus les scores sont bas plus elles sont en désaccord et plus le score s'approche de 100 plus elles sont fortement d'accord.</p> <p>Les résultats ont également démontré qu'il y avait un lien entre les comportements mesurés par le DAQ et le fait d'avoir un statut supérieur à l'infirmière scolaire est significatif.</p>
----------------------------	--

	<p>Il est également précisé que le fait qu'une infirmière scolaire soit spécialisée, elle se sent plus en confiance de travailler avec des étudiants déprimés. Par contre, le test effectué par ANOVA montre que seul le lien entre les comportements du DAQ et les praticiens est significatif ( <math>P=0,008</math>). Les variables seules ne montrent aucun effet indépendant, par contre lorsqu'elles sont combinées avec la confiance professionnelle, et le fait d'avoir une formation en santé mentale ou faisant partie du NMC, ceci devient significatif (<math>P=0,009</math>). Le fait d'avoir une formation spécialisée en santé mentale et d'avoir un poste supérieur est significatif (<math>P=0.03</math>).</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats ont soulevé que l'infirmière scolaire tenait un rôle primordial au niveau de la santé mentale et de sa gestion avec les adolescents. Les infirmières scolaires passent plus du quart de leur temps à s'occuper de la santé mentale. Dans cette étude, seulement 54% des infirmières scolaires avaient effectué une formation spécifique, mais même celles qui n'ont pas effectué de formation estiment que la santé mentale fait partie de la part la plus importante de leur travail (Leighton et al. 2003, Wilson et al. 2008). Pratiquement toutes les infirmières scolaires souhaiteraient avoir plus de formations à ce sujet. Ainsi elles pourraient faire avancer leurs compétences, améliorer l'accompagnement des jeunes avec des problèmes de santé mentale, mieux identifier les signes d'anxiété et de dépression et mieux gérer les comportements autodestructeurs. Il y a que très peu de choses mises en place pour aider l'infirmière dans la prise en charge de ce genre d'adolescents.</p> <p>L'analyse factorielle du DAQ a fait ressortir 3 facteurs qui sont communs à tous les professionnels qui travaillent avec les personnes ayant une dépression. Les réponses des infirmières scolaires au DAQ démontrent à l'aide d'une autre étude impliquant des médecins généralistes, des psychiatres et des infirmières du NHS (Kerr, et al. 1995, Payne et al. 2002), que les infirmières scolaires sont autant à l'aise qu'eux à travailler avec ce genre de population et trouvent ce travail gratifiant.</p> <p>Les infirmières scolaires ayant un rôle plus important ou ayant effectué une formation en santé mentale montrent qu'elles sont plus en confiance de travailler avec des personnes déprimées, ceci n'est par contre pas significatif, on y voit seulement une augmentation. Ces résultats étaient surprenants pour les chercheurs, ils expliquent que cela est peut-être dû à la grande diversité des formations spécifiques, de leur durée et de leur contenu.</p> <p>Le fait d'avoir effectué une formation spécifique et d'être enregistré au NHS facilite et met en confiance les infirmières scolaires à travailler avec ce genre de population.</p>
<p>Forces et limites</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières ont été choisies parmi 3 organisations spécifiques</li> <li>• Les chercheurs ne savent pas combien d'infirmières par organisation ont participé à cette étude</li> <li>• Les chercheurs pensent que le fait de participer à une organisation peut influencer les réponses</li> <li>• Le nombre de réponses aux questionnaires était inférieur à celui imaginé par les chercheurs même s'il répond aux exigences de la taille de l'échantillon qu'ils s'étaient fixés.</li> </ul>

Conséquences et recommandations	Cette étude permet de soulever certains liens mais il faudrait que des études futures soient encore établies. Il faudrait pour cela, une amélioration des outils de mesures, identifier les approches les plus appropriées pour augmenter la confiance et les compétences des infirmières scolaires au niveau de la santé mentale et l'évaluation des effets de ces interventions demanderait des études expérimentales.
Commentaires	

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Haddad, M., Butler, G. S., & Tylee, A. (2010). School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. <i>J Adv Nurs</i> , 66(11), 2471-2480. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05432.x				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y pas de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Ce n'était pas clairement précisé dans l'étude

Devis de recherche					
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Certaines parties des résultats étaient difficiles à la compréhension dû aux termes spécifiques utilisés par l'auteur.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		Le fond oui, mais la mise en page du texte complique la lecture.
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



## Grille de résumé d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Hallfors, D., Brodish, P., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H., & Steckler, A. (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High-School Settings. <i>American Journal of Public Health</i> , 96(2). doi:10.2105/AJPH.2004.057281
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Le suicide est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les adolescents de 15 à 19 ans, ce qui représente environ 2000 décès par année. Le taux de suicide a doublé entre 1960 et 2001. Le suicide chez les adolescentes est resté constant durant cette période, par contre une augmentation importante a eu lieu chez les jeunes hommes. La tentative de suicide est plus fréquente chez les femmes 10,1% que chez les hommes 3,8%.</p> <p>Avant le passage à l'acte, il y a plusieurs étapes ; l'idéation suicidaire, le plan suicidaire et les tentatives suicidaires. En 2003, à l'école secondaire, 17% des élèves avaient déjà pensé à faire une tentative de suicide. 9% avaient déjà fait une tentative de suicide durant les 12 derniers mois.</p> <p>La dépression, la toxicomanie, les comportements agressifs, perturbateurs et le fait d'avoir déjà tenté de se suicider font partie des facteurs de risque les plus importants. Le facteur de risque le plus courant chez les filles est la dépression qui se suit d'une tentative de suicide antérieure. Chez les garçons, la tentative de suicide antérieure est le facteur de risque le plus important suivi de la dépression, de l'abus d'alcool ou de drogues et de comportements à risque. Les adolescents déprimés se sentent préoccupés par la mort et le suicide. Le suicide est souvent accompagné d'un facteur de stress comme : la perte d'un proche, l'isolement ou à une crise disciplinaire. Le soutien des proches ainsi que les bonnes relations avec eux sont considérés comme des facteurs de protection.</p>
Recension des écrits	<p>Pour prévenir le suicide chez les adolescents, il serait important d'avoir une approche basée sur l'école, car l'école est un moyen pour atteindre un grand nombre de jeunes. Au contraire, selon Ploeg et al. (1996) qui ont écrit une revue systématique sur les programmes de prévention fondée sur les curriculums, les preuves pour soutenir ces programmes sont encore insuffisantes. Ils disent également qu'il pourrait y avoir des effets négatifs.</p> <p>Dans plusieurs recherches, les garçons participants à des programmes de prévention du suicide sont plus susceptibles de se suicider que les garçons qui n'y participent pas. Par contre, les recherches de cas qui font des enquêtes confidentielles et des évaluations intensives des adolescents qui pourraient se suicider, ont prouvées leur efficacité.</p>

	Peu d'études ont évalué la faisabilité et l'efficacité des programmes de prévention dans les écoles. Certaines études démontrent qu'une résistance peut être menée dans les écoles. Le manque de budget, la planification difficile, les préoccupations juridiques et les éventuels refus des administrateurs sont des obstacles importants qui n'aident pas au développement de ces programmes de prévention au suicide.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y en a pas
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette recherche est de mettre en place un outil de dépistage connu dans 10 écoles secondaires de deux grands districts urbains des Etats-Unis. Cette recherche va également faire des propositions de recommandations pour que l'outil puisse être amélioré dans les écoles.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif, en deux parties : essai randomisé et contrôlé puis étude observationnelle
Population, échantillon et contexte	La population cible est des élèves du secondaire de la 9 <sup>ème</sup> à la 11 <sup>ème</sup> année. Ils sont séparés en deux sites : (A) = une grande ville du Sud-Ouest et (B) = la côte du Pacifique des Etats-Unis. Dans le site (A), 87% étaient hispaniques, 9% sont noirs, et 4% blancs. Dans le site (B), 39% étaient asiatiques, 21% hispaniques, 15% noirs, 10% blancs et 15% autres.  Les chercheurs ont sélectionné un groupe d'étudiants à haut risque et un groupe d'étudiants typiques pour pouvoir faire des comparaisons.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Le HSQ (High School Questionnaire) : il contient des domaines qui évaluent la déviance scolaire, la connectivité scolaire, le soutien par les pairs, le soutien familial, les problèmes émotionnels, les comportements à risque, les consommations de substances, le suicide, et les variables démographiques. Il a été adapté dans cette étude sous forme auto-interview sur ordinateur. Le SRS (Suicide Risk Screen) : est un outil de dépistage qui a été inclut au HSQ. Il prend en compte les facteurs de risque du suicide.
Déroulement de l'étude	L'étude s'est déroulée en deux parties. En premier lieu, les chercheurs ont choisi des étudiants de la 9 <sup>ème</sup> à la 11 <sup>ème</sup> année scolaire dans dix établissements différents de deux grandes villes urbaines (site A et site B). Ces étudiants ont participé à un programme « Reconnecting Youth ». Ce sont des jeunes qui suivent le programme, qui consomment déjà des substances psychotropes et qui adoptent des comportements à risque. Ils ont pris en compte 1995 étudiants mais seulement 930 ont répondu au questionnaire. Le programme « Reconnecting Youth » a permis de déterminer les étudiants à haut risque et ceux-ci ont été invité à participer à l'étude. Par la suite, les chercheurs ont choisi aléatoirement d'autres étudiants afin d'avoir un groupe à haut risque et un groupe aux comportements normaux.

	En deuxième lieu, 1323 étudiants de la 9 <sup>ème</sup> à la 11 <sup>ème</sup> année de 10 établissements scolaires ont été repérés aléatoirement. Les chercheurs ont testé deux outils sur jeunes : le HSQ et le SRS. Ils ont suivi les étudiants à l'aide de personnels formés sur place durant 2 semestres selon un protocole précis.
Considérations éthiques	Pour le groupe à haut risque, le consentement des parents a été demandé afin de participer à l'étude. Les écoles et les étudiants ont participé volontairement à l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	1 <sup>ère</sup> partie : Les questionnaires ont été analysés par les chercheurs sans précision dans cette étude. 2 <sup>ème</sup> partie : Les données du HSQ ont été analysées par les chercheurs dans les 48 heures. Par la suite, les chercheurs ont établi une liste avec les étudiants répondants aux critères du SRS afin de les envoyer à leurs écoles respectives. Les chercheurs ont ensuite déterminé une personne responsable de l'étude dans chaque établissement afin d'évaluer les élèves considérés à risque durant la première semaine suivant la réception de la liste. S'il existait un réel problème les parents étaient également contactés.
Présentation des résultats	<b>Dépistage :</b> Dans cette étude, 389 soit (29%) des étudiants ont été déterminés comme à haut risque de suicide. La différence entre les garçons et les filles est de (38% contre 20%). Les adolescents du groupe à risque élevé avaient plus de chance d'être identifiés à haut risque que le groupe d'étudiants à comportements normaux (33% contre 21%).  <b>Entretiens de suivi :</b> Parmi les 389 étudiants étant à haut risque suicidaire, 120 soit 31% n'ont pas effectué d'entretiens de suivi. Le protocole de l'étude permettait aux professionnels scolaires de contacter les étudiants qui étaient à haut risque suicidaire au maximum à trois reprises, 73 étudiants n'ont pas pu être contactés après les trois tentatives. Aucun essai a été tenté pour contacter les 43 étudiants restants. La qualité de l'entrevue de suivi était bien différente suivant les écoles. Le suivi du protocole était meilleur dans les écoles où la personne/l'équipe de contact a entrepris toutes les entrevues. Au contraire, le suivi du protocole d'étude était moins bon dans les écoles où la personne de contact référait les étudiants aux conseillers aux études.  Les personnes de contact de trois écoles du site A, sont des travailleurs sociaux et conseillers qui ont entrepris tous les entretiens et qui ont contacté tous les parents à l'aide de visites à domicile, des réunions ou des entretiens par téléphone. Dans une autre école de ce site, aucun entretien de suivi n'a été effectué durant le premier semestre mais au deuxième semestre. Dans la cinquième école, aucun entretien de suivi a été entrepris, mais le directeur a envoyé des lettres aux parents ayant des enfants qui présentaient un haut risque de suicide.

	<p>Le site B a eu droit à des subventions fédérales pour qu'une collaboration se fasse entre les institutions scolaires et communautaires afin de pouvoir promouvoir la santé des élèves. Dans quatre écoles du site, la personne de contact était un « coordinateur de bienfaisance », « un agent de sensibilisation à la santé communautaire », un conseiller en toxicomanie à 50% et un conseiller en santé mentale à 50%. Toutes ces écoles possédaient des infirmières et des conseillers scolaires. La cinquième des écoles du site B possédait une clinique scolaire avec des médecins, infirmières, thérapeutes et éducateurs en santé. Malgré un grand nombre de personnel, les entretiens de suivis sont devenus une charge importante de travail pour le personnel, c'est pourquoi certaines écoles ont nécessité beaucoup de rappels des chercheurs et d'autres ont dû demander de l'aide pour arriver à finir les suivis.</p> <p><b>Feedback du personnel :</b>  Dans les écoles du site A, les personnes les plus intéressées ont quand même émit un doute sur la faisabilité d'entreprendre des entretiens de suivi en raison du nombre important d'élèves considérés à haut risque. Dans l'école où le directeur a envoyé des lettres au lieu d'effectuer des entretiens, il a précisé que les conseillers ne pensaient pas qu'ils y avaient autant d'adolescents à risque et étaient trop préoccupés à tort par les étudiants et les parents. Dans une autre école, un administrateur a également été inquiet de la responsabilité de l'école si un élève se suicidait et n'avait pas été suivi.</p> <p>Toutes les écoles du site B ont voulu arrêter le dépistage à la fin de l'année scolaire, car la charge de travail était trop importante et qu'il était impossible d'évaluer 10 à 25 élèves durant une semaine. Le personnel n'a pas compris l'importance du dépistage dans les écoles, car beaucoup d'élèves finalement se trouvaient à risque modéré ou faible et c'était difficile de les avoir en entretiens dû au problème des absences. Toutes les écoles de deux sites ont finalement décidé de ne pas poursuivre le dépistage, elles ont donc été enlevées du HSQ et de l'étude.</p> <p><b>Analyses supplémentaires :</b>  A la suite de ce qui a été dit par le personnel, les chercheurs ont voulu évalué s'il était possible de mettre des priorités sur les élèves qui en avaient le plus besoin. Ils pu voir à l'aide de la méthode que finalement 41 étudiants soit 11% étaient à très haut risque, que 81 étudiants soit 20% étaient à risque très élevé, que 76 étudiants soit 20% à risque élevé et que 191 soit 49% étaient à risque modéré. Plus les facteurs de risque se multiplient plus le risque de passer à l'acte est important. Le problème est que le SRS ne permet pas de mettre des priorités sur les élèves étant le plus à risque.</p>
<p><b>Discussion</b>  Interprétation des résultats</p>	<p>Neuf pourcent des élèves ont expliqué avoir déjà fait une tentative de suicide pendant cette année. Durant la période où les données ont été recueillies, deux jeunes qui ne participaient pas l'étude se sont suicidés dans les différents districts, ceci démontre une fois de plus l'importance de la mise en place de ce genre programme. Malheureusement, les chercheurs ont constaté que l'outil de dépistage pour les écoles secondaires (HSQ) n'est actuellement pas encore assez adapté.</p> <p>Les personnes ayant mis en place le SRS ont préféré laisser une grande marge de tolérance aux faux positifs afin d'éviter de passer à côté d'un individu à haut risque. C'est pour cela qu'ils ont effectué le test PPV (valeur prédictive positive) afin de vérifier la validité</p>

	<p>des résultats. Ils supposent alors que le fait que le SRS soit trop peu spécifique, il entraîne beaucoup de faux positifs et donc ne peut être utilisé dans les écoles. Ils disent par contre qu'il serait important de tester un outil plus simple qui permettrait d'identifier seulement les adolescents ayant déjà essayé de se suicider durant l'année, qui présentent des idées suicidaires et une dépression sévère, car leur étude démontre un écart majeur entre les adolescents à haut risque et les adolescents à risque modérés. Comme il y avait beaucoup de faux positifs, les chercheurs ont dû revoir leurs résultats, ce qui a démontré qu'au lieu de 70% d'adolescents à haut risque suicidaire, il n'en restait plus que 20%. C'est-à-dire que dans une école avec 1000 étudiants, le SRS démontrerait 230 étudiants avec la pondération des résultats, il indiquerait plus que 110.</p> <p>Après leur étude, les chercheurs estiment qu'il est essentiel d'effectuer des tests de faisabilité pour diminuer l'écart entre la pratique et la théorie. Ils expriment l'importance du problème lié au suicide et qu'il est primordial de pouvoir identifier ces adolescents à risque avec des programmes de dépistages reconnus. Les étudiants à haut risque suicidaire ont besoin de plus d'aide au niveau des institutions scolaires. Les professionnels devraient pouvoir les identifier et ceci devrait être une priorité. Selon les chercheurs, il faudrait effectuer d'autres études pour confirmer si cette approche induit bien à une diminution des comportements suicidaires et de la dépression chez les étudiants du degré secondaire.</p>
Forces et limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les étudiants venaient tous de deux districts urbains</li> <li>• Les chercheurs ont recueilli les données et non les écoles elles-mêmes</li> <li>• L'étude était observationnelle</li> <li>• Les chercheurs ont analysé les résultats à partir des hypothèses et des niveaux de risque mais des tests plus approfondis de l'outil sont nécessaires</li> <li>• Il existe beaucoup de programmes de dépistage reconnus, mais souvent il manque des évaluations de ceux-ci.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>Un problème est apparu au cours de l'étude, le personnel scolaire n'est souvent pas très ouvert à participer à la formation. Ils croient avoir une formation suffisante sur le sujet, mais les chercheurs pensent qu'ils seraient judicieux qu'ils aient une formation standard sur les protocoles d'évaluation du risque suicidaire. Le petit budget de certaines écoles peut également être un frein dans la mise en place d'un programme de dépistage. C'est pourquoi, il serait intéressant que les écoles collaborent avec les services de santé locaux, les cliniques pour adolescents et des experts en santé mentale.</p> <p>Un autre problème a été remarqué, c'était la préparation de l'école. Dans la plupart des écoles, le personnel adéquat était disponible pour mener les entretiens de suivi, mais pas tout le personnel de l'école y portait de l'intérêt. Beaucoup d'institutions préfèrent attendre que d'autres tentent l'expérience avant de se lancer. Le fait que le personnel scolaire change régulièrement cela n'aide pas pour la mise en place de programmes de prévention. Dans cette étude, seulement deux écoles pourraient participer conformément à l'évaluation du programme. Il est important pour les prochaines études, de bien cibler les écoles stables et qui souhaitent innover pour y participer. Seulement après une adaptation, le programme de prévention pourra être utilisé dans les autres écoles.</p>

	Après leur étude, les chercheurs estiment qu'il est essentiel d'effectuer des tests de faisabilité pour diminuer l'écart entre la pratique et la théorie. Ils expriment l'importance du problème lié au suicide et qu'il est primordial de pouvoir identifier ces adolescents à risque avec des programmes de dépistages reconnus. Selon eux, il faudrait effectuer d'autres études pour confirmer si cette approche induit bien à une diminution des comportements suicidaires et de la dépression chez les étudiants du degré secondaire.
Commentaires	

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Hallfors, D., Brodish, P., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H., & Steckler, A. (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in "Real-World" High-School Settings. <i>American Journal of Public Health, 96</i> (2). doi:10.2105/AJPH.2004.057281				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	L'étude s'est déroulée en deux parties et parfois il est difficile de comprendre quelle partie est explicitée dans chaque thème principal par exemple par la méthode et les résultats.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	L'étude se déroulant en deux parties, il était difficile parfois de comprendre le but de l'étude et le problème formulé est peu clair.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y pas de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Dans la première partie de l'étude, ils parlent d'essai randomisé contrôlé et pour la deuxième partie d'étude observationnelle.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Les auteurs ne justifient pas leur échantillon
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Il est très difficile dans cette étude de comprendre les procédures de recherche afin de savoir si elles correspondent à la première ou à la deuxième partie des résultats.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	



Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		Compréhension de l'article très difficile avec les multiples parties, devis et outils utilisés.

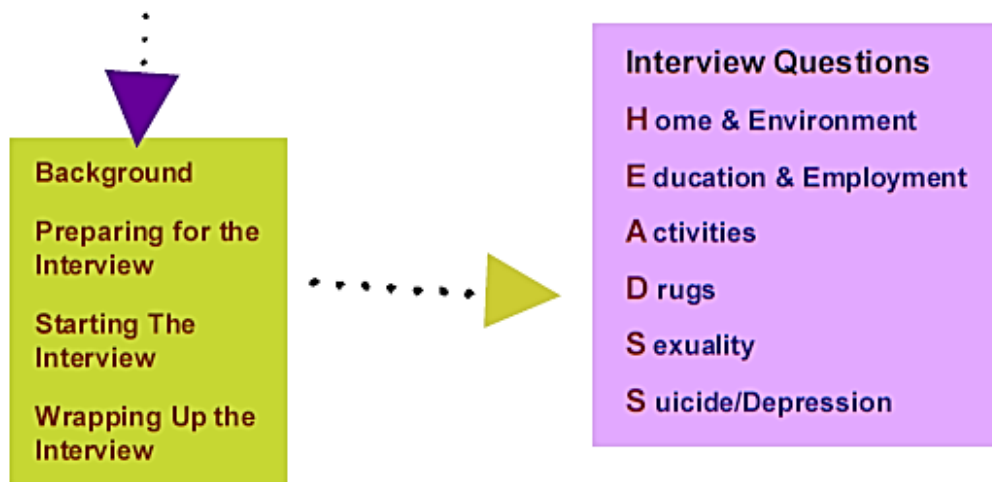
## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice D**

Techniques d'entretien pour le dépistage du risque suicidaire des adolescents

## H.E.A.D.S.S. - A Psychosocial Interview For Adolescents



Adapted from Contemporary Pediatrics,, Getting into Adolescent Heads (July 1988), by John M. Goldenring, MD, MPH, & Eric Cohen, MD

## Background

The major cause of morbidity and mortality in adolescents is unintentional injuries, including motor vehicle accidents, more than half related to drug or alcohol use. Next in importance are other causes of morbidity including unwanted pregnancy, sexually transmitted disease (STD), eating disorders, and mood disorders. All of these situations are not easily amenable to the intervention of a physiologically-oriented health care provider. In fact, they may not even show up on the standard interview that health care providers are taught to perform.

The health care provider who sees adolescents must be willing to take a developmentally-appropriate psychosocial history. While a fellow at Los Angeles Children's Hospital, Dr. Cohen refined a system for organizing the psychosocial history that was developed in 1972 by Dr. Harvey Berman of Seattle. The system has been used successfully around the world, in the adolescent health care field. This method structures questions so as to facilitate communication and to create a sympathetic, confidential, respectful environment where youth may be able to attain adequate health care. The approach is known as the acronym HEADSS (Home, Education/employment, peer group Activities, Drugs, Sexuality, and Suicide/depression).



Currently, the HEADSS assessment tool is being used in the Youth Health Consultation Service and the Adolescent Care inpatient Unit (ACU) at C&W, and is being taught as part of the regular undergraduate curriculum to UBC medical and dentistry students.

## Preparing for the Interview

The note a health care provider strikes at the outset of the assessment interview may affect the entire outcome. Parents, family members, or other adults should not be present during the HEADSS assessment unless the adolescent specifically gives permission, or asks for it.

### Confidentiality

It is not reasonable to expect an adolescent to discuss sensitive and personal information unless confidentiality can be assured. **All adolescents and families, including caregivers (most commonly a parent or both parents), should be told about confidentiality** at the beginning of the interview. Each health care provider must determine the nature of his/her own confidentiality statement.

### Belief Systems

As a health care provider, your own set of beliefs, based on your knowledge, experience, and level of tolerance in dealing with particular situations, will set the standard in providing developmentally-appropriate health care to youth and their families. Health care providers interfacing with youth may be confronted with difficult situations where this particular belief system may be "tested", if not challenged. Particular examples relate to health risk-taking behaviors; 80% of adolescents in North America are deemed to be physically and psychologically healthy, and the rate of chronic illness is quoted in the literature as up to 10%.

When a health care provider is confronted with a particularly challenging situation that causes him/her to be in a "dilemma", *i.e. a youth is seeking options counselling due to unwanted pregnancy*, it is suggested that the health care provider consult with a colleague or refer the youth for developmentally-appropriate care.

### Assumptions

Based on particular individual belief systems, these are some "assumptions" that many of us may have about youth:

- youth live in a home with two parents
- all youth go to school and get along with peers and teachers
- all youth are heterosexual

It is of significant importance not to "assume", but rather to ask non-judgemental questions in a respectful, caring fashion.

## Starting The Interview

1. **Introduction:** Set the stage by introducing yourself to the youth and parents.

**Suggestion:** If the parents are present before the interview, always introduce yourself to the adolescent first. In fact, ask the adolescent to introduce you to the other people in the room. This gives the adolescent a clear message that you are interested in him/her.

2. **Understanding of Confidentiality:** Ask either the parents or the youth to explain their understanding of confidentiality or confidential health care.
3. **Confidentiality Statement:** After the youth and family have given you their views (from step 2), acknowledge their responses and add your views accordingly (confidentiality statement), based on the particular situation.

## Home

### Opening Lines: (Less/More) Developmentally-Appropriate

	Less	More	Reason
<b>Home</b>	Tell me about mom and dad.	Where do you live, and who lives there with you?	Parent(s) may have separated, divorced, died, or left the home. Open-ended question enables one to collect "environmental" as well as personal history.

### Examples of Questions

- Who lives at home with you? Where do you live? How long? Do you have your own room?
- How many brothers and sisters do you have and what are their ages? Are your brothers and sisters healthy?
- Are there any new people living in your home?
- Are your parents healthy? What do your parents do for a living?
- What are the rules like at home?
- How do you get along with your parents, your siblings? What kinds of things do you and your family argue about the most? What happens in the house when there is a disagreement?
- Is there anything you would like to change about your family?

Asking about parental abuse or substance use (also see *Drugs* section) may be difficult. Using a scenario may facilitate this line of questioning, i.e. "Working with youth I have learned from some "kids" that their relationship with their parents is a difficult one; by this I mean they argue and fight. Some youth have told me that they wish their parents did not drink so much or use drugs. Is this a situation in your household? Has anything like it happened to you? "

## Education & Employment

### Opening Lines: (Less/More) Developmentally-Appropriate

	Less	More	Reason
<b>Education &amp; Employment</b>	How are you doing in school?	Are you in school? What are you good at in school? What is hard for you? What grades do you get?	Poor questions can be answered "okay". Open-ended question ask for information about strengths and weaknesses and allow for quantification / objectification.

### Examples of Questions

- Which school do you go to? What grade are you in? Any recent changes in schools?
- What do you like best and least about school? Favourite subjects? Worst subjects?
- What were your most recent grades? Are these the same or different from the past? Have you ever failed or repeated any years?
- How many hours of homework do you do daily?
- How much school did you miss last/this year? Do you skip classes? Have you ever been suspended?
- What do you want to do when you finish school? Any future plans/goals?
- Do you work now? How much? Have you worked in the past?
- How do you get along with teachers, employers?

- How do you get along with your peers? Inquire about "bullying".

## Activities

### Opening Lines: (Less/More) Developmentally-Appropriate

	Less	More	Reason
<b>Activities</b>	Do you have any activities outside of school?	What do you do for fun? What things do you do with friends? What do you do with your free time?	Good questions are open-ended and allow youth to express him/herself.

### Examples of Questions

- Are most of your friends from school or somewhere else? Are they the same age as you?
- Do you hang out with mainly people of your same sex or a mixed crowd?
- Do you have one best friend or a few friends? Do you have a lot of friends?
- Do you spend time with your family? What do you do with your family?
- Do you see your friends at school and on weekends, too? Are there a lot of parties?
- Do you do any regular sport or exercise? Hobbies or interests?
- Do you have a religious affiliation, belong to a church, or practice some kind of spiritual belief?
- How much TV do you watch? What are your favourite shows?
- Do you read for fun? What do you read?
- What is your favourite music?
- Do you have a car – use seat belt?
- Have you ever been involved with the police? Have you ever been charged? Do you belong to a group/gang?

## Drugs

### Opening Lines: (Less/More) Developmentally-Appropriate

	Less	More	Reason
<b>Drugs</b>	Do you do drugs?	Many young people experiment with drugs, alcohol, or cigarettes. Have you or your friends ever tried them? What have you tried?	Good question is an expression of concern with specific follow-up. With younger teens, it is best to begin by asking about friends.

### Examples of Questions

- When you go out with your friends or to party, do most of the people that you hang out with drink or smoke? Do you? How much and how often?
- Do any of your family members drink, smoke or use other drugs? If so, how do you feel about this - is it a problem for you?
- Have you or your friends ever tried any other drugs? Specifically, what? Have you ever used a needle?
- Do you regularly use other drugs? How much and how often?
- Do you or your friends drive when you have been drinking?
- Have you ever been in a car accident or in trouble with the law, and were any of these related to drinking or drugs?
- How do you pay for your cigarettes, alcohol or drugs?

## Sexuality

### Opening Lines: (Less/More) Developmentally-Appropriate

	Less	More	Reason
<b>Sexuality</b>	Have you ever had sex? Tell me about your boyfriend/girlfriend.	Are you involved in a relationship? Have you been involved in a relationship? How was that experience for you? How would you describe your feeling towards guys or girls? How do you see yourself in terms of sexual preference, i.e. gay, straight, or bisexual?	What does the term "have sex" really mean to teenagers? Asking only about heterosexual relationships closes doors at once.

### Examples of Questions

- Have you ever been in a relationship? When? How was it? How long did it last?
- Have you had sex? Was it a good experience? Are you comfortable with sexual activity? Number of partners?
- Using contraception? Type and how often (10, 50, or 70% of the time).
- Have you ever been pregnant or had an abortion?
- Have you ever had a discharge or sore that you are concerned about? Have you ever been checked for a sexually transmitted disease? Knowledge about STDs and prevention?
- Have you ever had a pap smear?
- Do you have any concerns about Hepatitis or AIDS?
- Have you had an experience in the past where someone did something to you that you did not feel comfortable with or that made you feel disrespected?
- If someone abused you, who would you talk to about this? How do you think you would react to this?
- *For females:* Ask about Menarche, last menstrual period (LMP), and menstrual cycles. Also inquire about breast self examination (BSE) practices.
- *For males:* Ask about testicular self-examination (TSE) practices.

## Suicide / Depression

We suggest that every psychosocial interview seek to identify elements that correlate with anxiety or depression, a common precursor to suicide. Many of the items in the **suicide screen** (see box below) have already been determined in the psychosocial history:

- Severe family problems
- Changes in school performance
- Changes in friendship patterns
- Preoccupation with death
- Acting-out behavior and health risk behaviors, including drug, alcohol and substance abuse

### Suicide Risk/Depression Screening

1. Sleep disorders (usually induction problems, also early/frequent waking or greatly increased sleep and complaints of increasing fatigue).
2. Appetite/eating behavior change.
3. Feelings of "boredom".
4. Emotional outbursts and highly impulsive behavior.
5. History of withdrawal/isolation.
6. Hopeless/helpless feelings; two significant predictors of depression and suicide risk.
7. History of past suicide attempts, depression, psychological counselling.
8. History of No. 7 in family or peers.
9. History of drug/alcohol abuse, acting out/crime, recent change in school performance.
10. History of recurrent serious "accidents".
11. Psychosomatic symptomatology.
12. Suicidal ideation (including significant current and past losses).
13. Decreased affect on interview, avoidance of eye contact – depression posturing.
14. Preoccupation with death (clothing, music, media, art).
15. History of psychosocial/emotional trauma.
16. Gay, lesbian, bisexual, transgender youth.

Other items seek to include a family history of psychological problems or suicide, or a history of similar behaviour in close friends or relatives. There is also a high correlation between psychological disturbances and a family history of substance abuse. We also suggest asking about two other areas that are often forgotten:

#### 1. Sleeping Habits

Teenagers who are anxious or depressed have difficulty falling asleep. Generally, it takes them more than 30 minutes to fall asleep, and often more than one hour. Though many adolescents have occasional sleep problems, difficulties occurring more than once or twice a month is significant. Adolescents are often willing to discuss a sleep disturbance. Sleep problems tend to make adolescents feel miserable in the morning and are a considerable nuisance to the otherwise healthy and active adolescent.

#### 2. Eating Habits

Frequent fad dieting, crash diets, anorexic or bulimic behaviour, and obesity with significant overeating or bingeing are all indicators of significant psychological distress. Enquiring about a youth's body image perceptions and whether or not she/he pursues thinness, fears being fat, or has poor dietary and/or abnormal eating habits or compensatory behaviour, may lead to identified disordered eating habits and, ultimately, eating disorders.



## Wrapping Up The Interview

### Suggestions For Ending Interviews With Teenagers:

- Ask them to sum up their life in one word or to give the overall “weather report” for their life (sunny with a few clouds, very sunny with highs all the time, cloudy with rain likely, etc.).
- Ask them to tell what they see when they look in the mirror each day. Specifically, look for teenagers who tell you that they are “bored”. Boredom in adolescents may indicate that the youth is depressed.
- Ask them to tell you whom they can trust and confide in if there are problems in their lives, and why they trust that person. This is especially important if you have not already identified a trusted adult in the family. We always tell the adolescent that he/she now has another adult –the health care provider – who can be trusted to help with problems and to answer questions. Let them know you are interested in them as a whole person and that you are someone who wants to help them lead a fuller, healthier life.
- Give them an opportunity to express any concerns you have not covered, and ask for feedback about the interview. If they later remember anything they have forgotten to tell you, remind them that they are welcome to call at any time or to come back in to talk about it.
- For teenagers who demonstrate significant risk factors, relate your concerns. Ask if they are willing to change their lives or are interested in learning more about ways to deal with their problems. This leads to a discussion of potential follow-up and therapeutic interventions. Many adolescents do not recognize dangerous life-style patterns because they see their activities not as problems but as solutions. Your challenge lies in helping the adolescent to see health risk-taking behaviours as problems and helping to develop better strategies for dealing with them.
- If the adolescent’s life is going well, say so. In most cases, you can identify strengths and potential or real weaknesses, and discuss both in order to offer a balanced view.
- Ask if there is any information you can provide on any of the topics you have discussed, especially health promotion in the areas of sexuality and substance use. Try to provide whatever educational materials young people are interested in.

Outil HEADSS tiré du BC Children’s Hospital (n.d.)

## ■ TSTS et CAFARD : dépistage d'un mal-être et de conduites à risque<sup>SMI</sup>

Ce test permet de déterminer chez l'adolescent, en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité.

Il participe à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas.

### TSTS

- Traumatologie  
« As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année ? »
- Sommeil  
« As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- Tabac  
« As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté ? »
- Stress  
« Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

### CAFARD

À chaque réponse positive obtenue au TSTS, il est proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés ».

- Sommeil → Cauchemars:  
« Fais-tu souvent des cauchemars ? »
- Traumatologie → Agression:  
« As-tu été victime d'une agression physique ? »
- Tabac → Fumeur quotidien:  
« Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
- Stress scolaire → Absentéisme:  
« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
- Stress familial → Ressenti familial désagréable:  
« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Trois réponses positives à l'ensemble du test concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.

Outils TSTS et CAFARD tirés de Santé publique France (2009)