

Le développement des mesures de prévention à travers la compréhension des causes du suicide chez les adolescent·e·s

Le point de vue des deux psychiatres



Martina Croce

Atelier de recherche sur la mort et la fin de vie en travail social

11 janvier 2023

« Notre tâche est de miser sur ce petit monde caché encore intact, non rongé par les événements négatifs de l'existence qu'il y a en chacun ; à partir de là, nous pouvons essayer de reconstruire et de redonner ce que le destin, la vulnérabilité individuelle, l'environnement hostile a volé à la vie. » (Crepet, 2021, p. 143).

Résumé

En Suisse, et en particulier au Tessin, le suicide est une des principales causes de mort chez les adolescent·e·s : sensibiliser la population sur la thématique du suicide devient alors important. À travers des entretiens menés avec deux psychiatres spécialisé·e·s dans ce domaine, la recherche vise à analyser les facteurs qui peuvent influencer le comportement suicidaire des adolescent·e·s, afin de les intégrer dans le développement des mesures de prévention. Selon eux, les fragilités émotionnelles, les troubles psychiques chroniques et les bouleversements de l'adolescence peuvent influencer le comportement suicidaire, ainsi que le contexte scolaire et la relation avec les pair·e·s et la famille. Malgré la possibilité d'individualiser les causes d'un suicide, la réponse n'est jamais exhaustive : c'est un phénomène très complexe et les différentes raisons sont souvent imbriquées. La prévention, qui dépend des ressources disponibles, reste cependant une solution concrète afin de réduire les enjeux auxquels les jeunes doivent faire face.

Tables des matières

1. Le suicide, une des premières causes de mort à l'adolescence	1
2. L'importance de la sensibilisation par rapport au suicide.....	2
2.1. La définition du comportement suicidaire	2
2.2. Les statistiques par rapport au suicide des jeunes et l'influence de la pandémie sur leur santé mentale	3
2.3. La souffrance, une condition qui nous concerne tout e·s.....	4
2.4. Les mesures de prévention selon l'OMS	5
3. Les services d'aide en cas de comportement suicidaire à l'adolescence	6
3.1. Les services des deux psychiatres interviewé·e·s	6
3.2. D'autres services d'aide	7
4. L'accès au terrain : la collaboration avec les deux psychiatres	9
5. Analyse et interprétation des données empiriques exposées par les deux psychiatres	14
5.1. L'adolescence : une phase délicate pour tout·e·s.....	14
5.2. Le suicide et la tentative de suicide, deux concepts difficilement séparables	15
5.3. Les facteurs influençant le comportement suicidaire selon les deux psychiatres	16
5.3.1. Les facteurs psychiques contribuant à aggraver le risque de suicide	16
5.3.2. La famille entre prévention et aggravation du risque suicidaire	13
5.3.3. La collaboration entre famille et thérapeute	14
5.3.4. Le groupe des pair·e·s entre prévention et aggravation du risque suicidaire.....	15
5.3.5. Le contexte scolaire entre prévention et aggravation du risque suicidaire	17
5.3.6. Le suicide par émulation, l'effet Werther	18
5.3.7. La pandémie	19
5.3.8. Les réseaux sociaux	19
5.3.9. La société, un facteur influençant le bien-être des jeunes.....	21
6. Conclusion : le suicide et l'offre de services au Tessin	26
6.1. Limites de la recherche	24

7. Bibliographie.....	26
8. Sitographie	30
9. Annexes.....	33
9.1. Annexe I Pensées suicidaires par grande région.....	37
9.2. Annexe II Fréquence des troubles mentaux dans le suicide	37
9.3. Annexe III Tentatives de suicide par âge	34
9.4. Annexe IV Vue d'ensemble de l'évaluation de l'état de la mise en œuvre pour chaque domaine d'action	34
9.5. Annexe V Questions entretiens	35
9.6. Annexe VI Facteurs de risque de comportement suicidaire chez l'enfant et l'adolescent·e.....	36
9.7. Annexe VII Tentatives de suicide selon le niveau de formation.....	36
9.8. Annexe VIII Risque de suicide et suicide en tant que sujet au téléphone, 2019-2022	37
9.9. Annexe IX Nombre de bénéficiaires dans le Service médico-psychologique.....	37

1. Le suicide, une des premières causes de mort à l'adolescence

Ce travail de recherche vise à comprendre les mesures de prévention en analysant les causes principales pouvant influencer le comportement suicidaire des adolescent·e·s entre 15 et 18 ans dans le canton du Tessin. La spécification de l'âge est importante car les structures d'aide et les interventions peuvent varier en conséquence. Étant donné qu'il y a toujours plusieurs facteurs en jeu, la recherche se concentrera sur les éléments principaux relevés grâce à 4 interviews menées avec deux psychiatres tessinois·e·s spécialisé·e·s dans le domaine. Leur point de vue se révèle pertinent car leurs objectifs sont ceux de promouvoir, à travers différentes interventions, les connaissances par rapport aux enjeux liés à la santé mentale de la part de la population, la réduction des tabous qu'y sont liés et l'accès aux services d'aides afin de réduire le phénomène du suicide. Les contextes familiaux, les groupes de pair·e·s, l'école et le rôle de la société dans la promotion du bien-être des jeunes seront analysés en particulier. À partir de ce cadre la question de recherche est la suivante : comment développer des mesures de prévention à travers la compréhension des causes du suicide chez les adolescent·e·s ? Afin de répondre à cette interrogation des sous-questions plus spécifiques ont été identifiées : quelles sont les causes principales qui peuvent influencer le comportement suicidaire à l'adolescence ? Comment fonctionnent les services psychiatriques et quels types de soutien peuvent-ils offrir aux adolescent·e·s ? Est-il possible de faire de la prévention ? Dans quelles mesures et par quel biais ? Quelle influence a eu la pandémie et les restrictions sociales sur la santé mentale des adolescent·e·s ? Quelle est la différence entre suicide, tentative de suicide et comportements à risque ? Est-ce que la société en général joue un rôle dans les causes liées à ces comportements ?

Le suicide des jeunes est une thématique plutôt pertinente en Suisse. En effet, deux à trois personnes décèdent chaque jour d'un suicide (sans les cas de suicide assisté) (Obsan, 2022). C'est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 19 ans en Suisse, après la mort accidentelle même si « une partie également importante de celles-ci peuvent être lues comme un suicide caché » (F., 21.10.2022). En particulier chaque année, environ 35 jeunes de ce groupe d'âge se suicident et parmi ces jeunes, il y a une moyenne d'un suicide pour 500 tentatives » (Swissinfo, 23 janvier 2022). En Suisse, en 2019, 24 jeunes de moins de 19 ans et 103 jeunes entre 20 et 29 ans se sont suicidé·e·s (Junker & al., 2021). Au Tessin, le pourcentage des pensées suicidaires parmi la population en général était de 8.2 % en 2017 (Annexe I). Le canton se situe en deuxième position après le Nord-Ouest de la Suisse, avec un pourcentage de 8.7 % (Obsan, 2019, p. 3). C'est pour cette raison que se pencher sur cette thématique devient de plus en plus nécessaire afin d'identifier les mesures à prendre pour prévenir et/ou réduire ce taux de mortalité chez les jeunes.

2. L'importance de la sensibilisation par rapport au suicide

2.1. La définition du comportement suicidaire

Le suicide, selon le manuel MSD (Édition professionnelle du Manuel MSD, 2022), est défini comme « la mort causée par un acte d'automutilation intentionnel conçu pour être mortel » (Moutier, 2021b). À partir de cette définition, on perçoit une intention, mais peut-on vraiment affirmer qu'en ces situations les personnes ont un contrôle total de leurs capacités ? De fait « parfois, le suicide naît comme une réaction à court-circuit, non réfléchi, non pensée face à une agression d'autrui, face à un rejet des autres, face à un appel à l'aide qui n'est pas compris, qui n'est pas saisi » (Ballantini, 1999, p. 22).

Les méthodes utilisées afin d'accomplir le suicide dépendent de nombreux facteurs y compris les éléments culturels, la disponibilité de moyens pour accomplir le suicide et le sérieux de l'intention (Moutier, 2021b). Certaines méthodes (p. ex. sauter de grandes hauteurs) rendent la survie presque impossible, tandis que d'autres (p. ex. l'ingestion de médicaments) peuvent permettre le sauvetage. Cependant, l'utilisation d'une méthode qui se révèle non fatale n'implique pas nécessairement que l'intention soit moins sérieuse (Moutier, 2021b). En général, dans ces cas, on parle de tentative de suicide, qui peut être définie comme « un comportement non fatal et potentiellement dommageable dirigé contre soi avec l'intention de mourir à la suite du comportement » (Moutier, 2021b). En Suisse, en 2017, 1'018 personnes se sont suicidées à cause de problèmes liés à la santé mentale, comme des formes de dépression ou des troubles psychiques (OFS, 2022). La dépression (Annexe II) « est impliquée dans plus de 50% des tentatives de suicide et dans un pourcentage encore plus élevé dans les suicides accomplis » (Moutier, 2021b), ce qui est valable également pour la Suisse (Junker, 2016). D'autre part, comme affirmé par le psychiatre Ballantini (1999), limiter ce phénomène à des seuls diagnostics psychopathologiques est réducteur : on ne peut pas catégoriser les raisons liées à un suicide ni prévoir des interventions automatiques qui dépendent d'une raison délimitée. L'évaluation initiale de l'état de santé de la personne est généralement effectuée par un-e psychiatre, un-e psychologue ou un-e autre professionnel-le de la santé mentale (Moutier, juin, 2021b). À la suite d'une tentative de suicide « le patient peut nier tout problème, car la dépression sévère menant à l'acte de suicide peut être suivie d'une courte période de remontée de l'humeur » (Moutier, 2021b). La personne doit alors pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique continu (Moutier, 2021b) afin de réduire le risque sur le long terme, en aidant le ou la jeune « à identifier les facteurs déclencheurs de la planification suicidaire et à élaborer des plans

pour faire face aux pensées suicidaires lorsqu'elles se produisent » (Moutier, 2021b).

2.2. Les statistiques par rapport au suicide des jeunes et l'influence de la pandémie sur leur santé mentale

La Suisse, avec 1300 à 1400 décès par an dus au suicide, révèle un taux moyen élevé par rapport aux données internationales (Département fédéral de l'intérieur, s.d., b). Toujours en Suisse, en 2017, le 0,9 % des personnes de 15-24 ans ont tenté de se suicider (Obsan, 2019, p. 5) (Annexe III). Au niveau mondial, la Suisse fait partie des dix pays au monde recensés comme ayant le plus haut taux de suicide : 25,5 pour 100000 habitants en 2009, ce qui représente 1105 décès pour la même année (Edan et al., 2013). De plus, en Suisse, les accidents et les morts violentes sont les causes principales de décès chez les hommes de 16 à 40 ans et chez les femmes de 17 à 28 ans (Junker & al., 2021) : les maladies chez les jeunes sont moins fréquentes et peuvent être guéries plus facilement (Junker & al., 2021).

D'autre part, les statistiques par rapport au suicide sont souvent incomplètes, car elles se basent principalement sur les certificats de décès et sur les résultats des enquêtes, par conséquent un certain nombre de situations ne sont pas prises en compte (Moutier, 2021b). Par exemple, en Suisse en 2018, le pourcentage de décès dont on ne connaissait pas la cause était de 3.6 % (Junker & al., 2021, p. 6). De plus, « la stigmatisation persistante associée à la prise en charge de l'état de santé mentale » (Moutier, 2021b) implique que beaucoup de personnes n'ont pas demandé d'aide et par conséquent ne sont pas incluses dans les statistiques.

Avec l'arrivée de la pandémie Covid-19 ainsi que les restrictions imposées par les autorités en 2021, le nombre de tentatives de suicide des adolescent·e·s a considérablement augmenté (Swissinfo, 23 janvier 2022). La clinique universitaire de psychiatrie infantile et adolescente de Berne (UPD) a traité en 2021 plus de 50% de mineur·e·s suicidé·e·s par rapport à l'année précédente, cela après que le nombre de cas avait déjà augmenté de 50% entre 2019 et 2020 (Swissinfo, 23 janvier 2022). En Suisse, en 2018, 85 personnes âgées de 15 à 34 ans ont été hospitalisées dans des services de soins intensifs, après une tentative de mettre fin à leurs jours (68 en 2016) et 37 dans des établissements psychiatriques (7 en 2016) (Swissinfo, 02 juin 2020). Au Tessin, 33'000 personnes ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois et 200'000 au moins une fois au cours de leur vie (Swissinfo, 2 juin 2020). Gregor Berger, chef de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescent·e·s à l'Hôpital universitaire psychiatrique de Zurich, a affirmé que les adolescent·e·s ont beaucoup plus souffert pendant la pandémie que les adultes (Swissinfo, 23 janvier 2022). D'autre part, la pandémie a seulement souligné un problème

déjà bien développé. En effet, Berger a affirmé que « le coronavirus a accentué le malaise chez les jeunes, mais attribuer l'augmentation uniquement au virus n'est pas suffisant : les problèmes de santé mentale chez les mineur·e·s sont en augmentation depuis dix ans » (Swissinfo, 23 janvier 2022). La sensibilisation sur la thématique du suicide est donc importante afin que les personnes qui souffrent puissent savoir qu'il y a d'autres possibilités pour faire face à des situations difficiles. Par exemple, les services psychologiques et psychiatriques sont une ressource importante à considérer en cas de besoin. Malgré ça, « les préjugés et la stigmatisation de la maladie mentale sont toujours présents dans la société : les patients souffrent à la fois de la pathologie et des comportements de marginalisation » (Tavormina et al., 2017, p. 61). De fait, les troubles mentaux ne sont souvent pas encore considérés à la même échelle que les autres maladies car ils sont traités avec scepticisme (Tavormina et al., 2017).

2.3. La souffrance, une condition qui nous concerne tout·e·s

Afin de réduire la stigmatisation liée aux troubles psychiques, il est important de souligner que les sentiments liés au suicide nous concernent tout·e·s : tout·e·s ont déjà éprouvé des sensations de tristesse, de souffrance et / ou du manque de l'espoir (Ballantini, 1999). Comme exposé par l'image de couverture la personne qui souffre n'a pas des caractéristiques spécifiques qui renvoient à une prédisposition à la souffrance. La différence entre une condition normale et une pathologique est dans le fait que ceux ou celles qui traversent une telle souffrance vivent leur condition comme s'il n'y a pas d'autres solutions (Ballantini, 1999). Parfois, celles et ceux qui accomplissent un tel acte craignent « qu'un autre chemin, qu'un autre pas ou une autre manière d'arriver à la mort [comme une maladie] soient infiniment plus douloureux et infiniment plus insupportables » (Ballantini, 1999, p. 18). Dès lors, la mort n'est pas le but mais devient un moyen pour résoudre des défis perçus comme insupportables et pour exprimer des sentiments (Ballantini, 1999). Les théories psychologiques ont mis en évidence l'importance fondamentale de l'histoire de la personne, de ses expériences, du vécu familial et social et du contexte dans lequel l'individu a grandi et agi (Ballantini, 1999). Les causes du phénomène doivent donc être identifiées au niveau de la société et des relations entretenues en tant que source de tout événement. Utiliser uniquement des médicaments pour résoudre une souffrance présuppose qu'il y a une cause exclusivement individuelle et subjective à résoudre, cependant il n'y a pas de destinée absolue (Ballantini, 1999). C'est pour cette raison que la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider est souvent multidisciplinaire, afin de faire converger les approches médicales et sociales. Parfois, l'expression à niveau verbale de la souffrance n'est pas si évidente car la tendance est de se renfermer sur soi : la personne peut ne pas avoir trouvé quelqu'un disposé à l'écouter. La psychothérapie devient

alors une ressource, qui - au contraire – porte l’attention sur l’individu et sur ses mécanismes intérieurs (Ballantini, 1999).

2.4. Les mesures de prévention selon l’OMS

Étant donné qu’une demande d’aide peut être adressée à n’importe qui (proches, ami·e·s, professeur·e·s ...) et que le suicide peut concerner tout le monde, la prévention du suicide devient également une tâche qui concerne toute la société (Trageser et al., 2021). En 2014, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait pour la première fois « le point sur le nombre de suicides dans le monde et sur les mesures de prévention ayant cours dans les différents pays (Département fédéral de l’intérieur, s.d., a). Ce rapport vise à réduire l’incidence de ce grave problème de santé publique en réduisant entre autres les tabous qu’y sont liés (Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, 2014). Ensuite, en 2016, la Confédération a adopté un plan d’action pour la prévention du suicide (Annexe IV), élaboré en collaboration avec d’autres acteurs et actrices (mis en pratique en 2017). Son objectif est de réduire les actes suicidaires lors de crises de stress ou en cas de maladies psychiques telles que les dépressions (OFSP, 2016).

Plus spécifiquement, le but premier est de mettre en œuvre des interventions pour renforcer les ressources personnelles et sociales des enfants, des adolescent·e·s, des adultes et des personnes âgées (Trageser et al., 2021). De fait, « les ressources personnelles et sociales aident à ne pas perdre l’équilibre psychique face aux défis de la vie quotidienne, aux événements stressants ou au stress chronique » (Trageser et al., 2021, p. 9). Le deuxième objectif est de sensibiliser et informer sur la thématique du suicide et sur les possibilités de prévention. En effet, « des perceptions erronées du suicide et de la stigmatisation découragent les personnes touchées et leur entourage à chercher et accepter de l’aide à un stade précoce » (Trageser et al., 2021, p. 11). Entre le 2016 et le 2018 en collaboration avec les CFF, le canton de Zurich et autres acteurs ont mis en place une campagne nationale de prévention du suicide à travers un site internet <https://www.parlare-puo-salvare.ch/> (Trageser et al., 2021). Le troisième but vise à garantir un meilleur accès aux offres d’aide car dans les crises aiguës, la nécessité de parler ou de demander conseil est souvent entravée (Trageser et al., 2021). L’objectif est donc d’augmenter la connaissance des services de consultation et de l’aide d’urgence chez les personnes à risque et leur entourage (Trageser et al., 2021). Le quatrième but concerne la capacité de reconnaître le risque suicidaire et d’intervenir précocement puisque plus les signes avant-coureurs d’un comportement suicidaire sont décelés à un stade précoce,

plus l'aide nécessaire peut être rapidement mise en place (Trageser et al., 2021). Étant donné que réussir à intervenir rapidement n'est pas si évident même pour les spécialistes, il devient nécessaire de promouvoir des formations ou des cours d'ajournement (Trageser et al., 2021). Le cinquième objectif est de garantir une assistance et des traitements efficaces : les personnes peuvent souffrir de maladies mentales et le risque de suicide augmente pendant l'hospitalisation dans une clinique psychiatrique et à sa sortie (Trageser et al., 2021). Le sixième but est celui de réduire la disponibilité des moyens utilisés lors de tentatives de suicide, car les personnes se concentrent souvent sur une méthode et un lieu spécifique et quand un moyen n'est pas accessible, les personnes ne cherchent souvent pas d'alternative (Trageser et al., 2021). L'objectif sept est de fournir un soutien à l'entourage après un suicide car c'est un événement qui peut causer des souffrances importantes : les proches qui vivent ces situations constituent eux-mêmes un groupe à risque (Trageser et al., 2021). Le huitième objectif est de « promouvoir une couverture médiatique du suicide et une utilisation responsable des médias numériques » (Trageser et al., 2021, p. 25) car les informations relatives aux suicides peuvent augmenter le risque suicidaire chez des personnes déjà vulnérables.

3. Les services d'aide en cas de comportement suicidaire à l'adolescence

3.1. Les services des deux psychiatres interviewé·e·s

Les services psychothérapeutiques et psychiatriques s'occupent de fournir un soutien individualisé et personnalisé aux personnes en difficulté. C'est ce type de soutien qu'apportent les professionnel·le·s que j'ai interviewé·e·s ; les deux s'occupent de personnes ayant plus de 15 ans ; avant cet âge les patient·e·s sont pris·e·s en charge dans le domaine de la pédopsychiatrie.

Le premier professionnel rencontré est le Dr. F., qui travaille dans la région du Luganese et qui est formé comme psychiatre et psychothérapeute. Il s'occupe principalement des thématiques suivantes : troubles anxieux (attaques de panique, phobies, anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, etc.), troubles dépressifs, maladies psychosomatiques, troubles somatoformes, psychiatrie culturelle, thérapie familiale et individuelle, syndrome d'hyperactivité et déficit de l'attention chez l'adulte. Sur le site du service se trouve la possibilité d'approfondir ces questions ainsi que des avis qui peuvent aider les personnes qui rencontrent certaines difficultés. En effet, il peut être difficile de reconnaître une difficulté ou de donner une importance suffisante à une situation de souffrance. Le Dr. apparaît aussi à la télévision, à la radio ou dans les journaux, afin de sensibiliser la population à ces thématiques. Comme a expliqué

lui-même cela peut servir à ouvrir une confrontation qui peut faciliter la demande d'aide de la part des personnes (F. 14.04.2022). L'autre professionnelle interviewée est la Dre S.¹, qui travaille dans la région du Mendrisiotto : elle est spécialisée en psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence et en psychothérapie psychodynamique. La première est une « discipline médicale qui étudie, traite et évalue les maladies et les troubles psychiques, psychosomatiques, psychosociaux et du développement de l'enfance et de la puberté, jusqu'à la fin de l'adolescence » (Studio Dedalo, 2021). La deuxième est « le domaine de la psychologie du développement, qui étudie le processus de croissance et d'organisation des personnes, liée à la croissance physique et psychologique dans l'environnement social, de la naissance à la fin de l'adolescence » (Studio Dedalo, 2021). Le service dans lequel la Dre S. exerce s'occupe des soins, de la prévention et de la rééducation à travers l'implication d'une équipe multidisciplinaire. Les professionnel·le·s de ces deux services s'occupent également d'inclure la famille, quand c'est possible, dans leurs interventions. Finalement ces types de service peuvent fournir un soutien concret pour les personnes en difficulté. En effet, « l'entretien aide le médecin à obtenir une image plus claire de la gravité de la dépression, encourage la discussion constructive et rassure le patient sur le fait que le médecin comprend son profond désespoir » (Moutier, 2021b). En outre, il a été observé que même ceux ou celles qui menacent de se suicider ont un certain désir de vivre : « le ou la médecin ou toute autre personne à laquelle le sujet demande de l'aide doit soutenir son désir de vivre » (Moutier, 2021b). Par conséquent, d'autres solutions peuvent être alors considérées afin de permettre à un·e jeune de faire face à ses souffrances.

3.2. D'autres services d'aide

Au Tessin, il y a des services téléphoniques qui fournissent, entre autres, de l'aide en cas de situations liées au suicide. Le service *Telefono Amico* (tél. 143), fondé en 1957 spécifiquement pour la prévention du suicide, fournit un soutien téléphonique (Telefono Amico Ticino e Grigioni, s.d.). Les conseillers et les conseillères essaient d'accueillir les souffrances de la personne et / ou de son entourage en ouvrant un espace de discussion et confrontation qui devrait les aider à soulager la pensée suicidaire, à trouver d'autres moyens pour résoudre une telle condition existentielle et à développer d'autres façons de lire la situation vécue comme insupportable (Telefono Amico Ticino e Grigioni, s.d.). Sur le même site se trouvent aussi des documents informatifs complémentaires sur cette thématique.

¹ Nom d'emprunt

Un autre service gratuit est celui fourni par *Pro Juventute* (tél. 147) s'occupant de la prévention des suicides (<https://www.147.ch/it/>) : en général il propose une consultation et de l'aide aux enfants et aux jeunes. Il garantit aussi des avis, des conseils, des points de vue différents et il aide à trouver le service adéquat. Sur le site sont traités plusieurs objets (p. ex. le harcèlement, les difficultés en famille / à l'école/ dans la vie sentimentale, mais aussi l'endettement et le suicide). L'organisation se base aussi sur la *peer education*, une méthode « qui voit des protagonistes uni·e·s par des variables telles que l'âge, le statut, l'appartenance à un même macrocontexte (socioculturel) ou micro-contexte (le groupe de classe, par exemple) » (Franzese, 2009, p.15). Les acteurs et les actrices partagent entre eux leurs expériences et leurs pensées sur une thématique déterminée, le suicide pouvant en faire partie.

Il y a, entre autres, les sites <https://www.auto-aiuto.ch>, géré par la Conférence du bénévolat social à Lugano et <https://www.santepsy.ch/it/>, un projet né de la collaboration entre les cantons latins dont la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales et la Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique. Les deux sites sensibilisent sur des thématiques en lien avec la santé mentale et sur les principaux troubles psychiques.

Après avoir demandé aux deux psychiatres et au service de « Telefono Amico », il a été relevé qu'au Tessin il n'y a pas d'autres services alternatifs.

Le Dr. F est aussi membre de l'Association de la Suisse Italienne pour les troubles anxieux, dépressifs et obsessionnels-compulsifs (ASI-ADOC, s.d.) créée en 2001. Cette association a vu le jour au moment où un groupe de thérapeutes tessinois·e·s, de psychologues, de psychiatres et de proches se sont mobilisé·e·s pour promouvoir une sensibilisation sur les enjeux liés à la dépression, à l'anxiété et aux troubles obsessionnels-compulsifs (ASI-ADOC / lugano.ch, s.d.). Chaque mois est organisé un groupe d'aide mutuelle anonyme ouvert à tout·e·s, où les personnes peuvent s'exprimer et parler de leurs histoires de vie. Ces groupes favorisent le partage des expériences de chacun·e, ce qui aide la personne à se sentir moins seule et à identifier d'autres stratégies pour faire face à un moment difficile (F., 14.04.2022). Afin de toucher un plus grand nombre, il existe aussi une page Instagram et Facebook. De plus, les membres organisent des journées pour la population dans le but de divulguer des informations par rapport à la santé mentale et des séminaires dédiés aux professionnel·le·s (médecins, infirmiers/infirmières, psychologues, éducateurs/éducatrices...), aux familles et aux ex-patient·e·s. Dans leur groupe se trouvent aussi des ex-patient·e·s qui ont vécu des situations de souffrance. Cela permet d'intégrer leurs connaissances concrètes avec « celles d'un·e spécialiste qui n'a peut-être jamais vécu certaines

situations » (F., 14.04.2022). Cette association collabore aussi avec le groupe d'aide mutuelle Zeta mouvement, qui vise à réduire la stigmatisation et le silence liés à la maladie psychique en Suisse. Son but est d'augmenter la connaissance sur la santé mentale chez les jeunes par le récit de leurs propres histoires (Association Zeta-Mouvement, s.d.). Pendant ces rencontres, les « jeunes - qui sont à un stade avancé de leur rétablissement - peuvent partager leurs expériences personnelles sur les questions de santé mentale » (Association Zeta Mouvement, s.d.), en particulier dans les écoles et dans d'autres organisations liées à la jeunesse.

4. L'accès au terrain : la collaboration avec les deux psychiatres

Afin de recueillir les informations pratiques liées à cette recherche, j'ai pris contact avec deux psychiatres spécialisé·e·s dans le domaine du suicide à l'adolescence. Étant donné que les deux sont en contact direct avec des patient·e·s, j'ai décidé de valoriser leurs expertises et leurs compétences sur la thématique de la prévention du suicide chez les jeunes. D'autre part, il faut prendre en considération que leur vécu est subjectif et individuel et que les informations recueillies font référence uniquement à ces deux services et à leur façon d'approcher la souffrance chez les jeunes ; l'essence de leur expertise est toutefois basée sur une compétence scientifique. Les deux psychiatres ont deux parcours professionnels différents et j'ai constaté qu'ils se complètent bien. En effet, le Dr. F. a plusieurs années d'expérience et il collabore aussi avec les deux associations citées dans le chapitre précédent. La Dre S. a quant à elle moins d'années d'expérience : cette différence a été précieuse car les deux psychiatres ont par conséquent travaillé sur des thématiques similaires, mais à travers des points de vue et des vécus partiellement différents. C'est aussi important souligner le fait que je n'ai pas assez d'éléments pour comprendre si leur approche utilisée dans leur pratique professionnelle peut avoir influencé les informations données pendant les entretiens. Les conversations ont été menées en présentiel, dans leurs studios respectifs à Lugano et à Mendrisio, dans une pièce fermée. J'ai recueilli les informations en forme inductive : j'ai d'abord présenté la thématique de la recherche en leur laissant la possibilité de parler librement de ce sujet. Cette première rencontre m'a permis de comprendre comment développer la thématique du suicide. J'ai aussi pu identifier les questions à poser pour répondre à la question de recherche. Les discours ont ensuite été transcrits dans leur intégralité pour identifier les éléments les plus significatifs par rapport à la question de recherche, au vu de la multitude de sujets soulevés. Afin de ne pas oublier d'informations importantes, j'ai demandé aux deux psychiatres la permission d'enregistrer les entretiens en expliquant que les informations seraient anonymisées et traitées exclusivement dans le cadre de mon contexte de formation. Au total, je les ai rencontrés 2 fois chacun : le 28.04.2022 et le 28.07.2022 j'ai rencontré la Dre S. et le

14.04.2022 et le 21.10.2022 le Dr. F pour une durée moyenne de 50 minutes par entretien. En définissant des questions plus ciblées à poser pendant les deuxièmes rencontres, ont été approfondies ultérieurement les différentes thématiques choisies (Annexe V). Cela à travers des entretiens semi-directifs. Après la première rencontre la partie théorique et scientifique du sujet a été également développé, ensuite les informations exposées par les deux psychiatres ont été analysées en relation avec la bibliographie. Étant donné que les entretiens se sont déroulés en langue italienne, les informations intégrées dans le document, ainsi qu'une partie des citations bibliographiques ont été traduites en français.

Le travail de recherche est structuré en quatre parties principales : la première partie présente le cadre théorique et les statistiques par rapport au suicide, les mesures de prévention de l'OMS et les services d'aide dont ceux des deux psychiatres. La deuxième partie décrit la méthodologie utilisée pour développer la recherche. Troisièmement, à travers des documents scientifiques et en utilisant une approche sociologique, se trouvent l'analyse et l'interprétation des aspects du comportement suicidaire soulevés par les deux psychiatres. Quatrièmement sont présentés la conclusion de la recherche, les limites de la méthodologie adoptée et une ouverture de la discussion sur la limite des ressources d'aides disponibles au Tessin.

5. Analyse et interprétation des données empiriques exposées par les deux psychiatres

5.1. L'adolescence : une phase délicate pour tout·e·s

Les jeunes sont particulièrement touché·e·s par le phénomène du suicide car il s'agit de la phase la plus délicate de la vie (avec la vieillesse), ce qui les rend plus vulnérables face à certains enjeux ou situations. Le Dr. F. (14.04.2022) a confirmé que les adolescent·e·s sont encore dans une phase de développement psycho-affectif, il y a donc une dimension de malléabilité au niveau neurobiologique et neuropsychologique qui diminue leur capacité de résister et d'élaborer certaines situations vécues ou certains stimuli (p. ex. images, informations reçues) qui peuvent créer, par conséquent, un conditionnement. La télévision crée par exemple de véritables modèles de comportement : « messages répétés et offres publicitaires percutantes qui provoquent un passage incontrôlé d'informations dominantes, et, se déposant sur le vécu faible et sur l'image peu structurée "de soi" des petit·e·s et des adolescent·e·s, ils changent leur façon de penser » (Tanas & al., 2007, p. 31). Dans ce cas, le soutien de la psychothérapie peut devenir un moyen d'aider le ou la jeune à trouver les ressources pour se détacher de certaines influences en modifiant la perception de ces dernières d'une façon positive (F., 14.04.2022).

En effet, « si la mort est un moyen et non une fin, l'espoir de trouver d'autres moyens, d'autres voies qui, peut-être, peuvent rester ouvertes et praticables est présent » (Ballantini, 1999, p. 32). Par conséquent, pour aider la personne en difficulté, les thérapeutes ont affirmé la nécessité de comprendre et analyser les facteurs qui ont influencé la pensée suicidaire. En relevant les facteurs plus courants ayant un poids important, il est aussi possible d'imaginer des mesures de prévention à une échelle plus vaste. En considérant les éléments qui font partie de la vie d'un·e adolescent·e les deux psychiatres disent que dans la compréhension de la situation il et elle prennent en compte la famille, l'école, le groupe de pair·e·s et les événements sociaux qui peuvent influencer la vie du ou de la jeune, comme la pandémie. Ces facteurs sont également soulevés par la littérature (Annexe VI). Comme a dit le Dr. Callipo (2020), le suicide est « un phénomène qui trouve ses racines dans plusieurs contextes (psychologiques, psychiatriques, culturels, sociaux, biologiques, génétiques) et pour cette raison peut être appelé multifactoriel et multidimensionnel » (p. 13). Il est également important d'admettre que la thérapie n'est pas toujours fonctionnelle, il n'existe pas nécessairement une solution pour toutes les situations. Cela à cause des ressources manquantes sur le territoire en termes de services ou de professionnel·le·s et/ou à cause des réticences de la part des jeunes ou de leurs familles. Dans ce cas-là, la Dre S. a affirmé qu'on peut seulement mettre des patches : on n'est pas en train de travailler de manière effective parce qu'il n'y a pas les conditions nécessaires (28.07.2022).

5.2. Le suicide et la tentative de suicide, deux concepts difficilement séparables

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, le comportement suicidaire n'est pas caractérisé uniquement par la volonté de mettre fin à sa propre vie, mais il présuppose d'autres volontés ou besoins, même s'ils sont moins évidents. Il faut remonter aux raisons qui peuvent pousser à choisir la mort pour demander de l'aide. Grâce à cette connaissance « parfois, dans le regard d'une personne, on peut saisir immédiatement le désespoir, une recherche d'aide que la personne n'exprimera jamais, elle ne transformera jamais l'expérience intérieure en parole communiquée » (Ballantini, 1999, p. 19). En effet, la Dre S. a affirmé que la plupart des situations (rupture d'une relation, une dispute, un moment de crise) sont liées à des troubles du comportement qui s'expriment sous forme d'impulsion : « tout devient flou et les jeunes passent à l'acte » (28.04.2022). Le psychiatre F. a expliqué qu'également les états anxieux peuvent engendrer des pensées négatives ou de mort sans que la personne mette forcément fin à sa vie d'une façon concrète. Cependant ces pensées peuvent s'aggraver quand l'adolescent·e commence à les avoir constamment et qu'elles prennent la forme de préméditations. Le ou la jeune commence à penser

et à planifier concrètement comment mettre fin à sa vie, ce qui est appelé « l'idée suicidaire » (Moutier, 2021b).

Il faut prendre aussi en considération que, comme l'a expliqué le psychiatre F., pour chaque suicide, il y a au moins 15-20 tentatives. De fait, en Suisse, nous avons environ 1'200-1'300 suicides par an, ce qui signifie que nous avons au moins 20 à 25'000 tentatives. En plus, il y a toutes les morts classifiées comme accidents qui peuvent masquer un suicide (F., 14.04.2022). Il faut rappeler que généralement, à l'adolescence, il y a la pensée magique infantile faisant croire aux jeunes rien de mal peut leur arriver, ce qui est confirmé par le fait que la première cause de la mort sont les accidents. Ces idéaux « d'omnipotence et d'invincibilité sont fonctionnels pour le parcours de l'adolescence, mais il comporte du danger en plus, donc aussi des risques plus grands » (S., 28.04.2022). Dans ces cas, on parle de comportements à risque qui sont des « comportements définis, comme se blesser délibérément sans intention suicidaire. L'automutilation est la forme la plus commune, mais les brûlures, les éraflures, les coups et l'empêchement intentionnel de la guérison des blessures sont d'autres formes » (Moutier, juin 2021a). De toutes façons, le suicide est polysémique, mais il n'est jamais à sous-évaluer car c'est une modalité extrême pour dire « moi j'existe », « écoutez-moi », « je suis une personne et je ne suis pas invisible », « je suis quelqu'un » (F., 14.04.2022). De fait, malgré l'absence de létalité immédiate, le risque à long terme de tentatives de suicide et d'achèvement du suicide augmente (Moutier, juin 2021a). On peut donc affirmer que « l'idéation suicidaire, la tentative de suicide, le suicide achevé représentent un continuum de la sévérité d'une condition psychopathologique » (Crepet, 2021, p. 107).

5.3. Les facteurs influençant le comportement suicidaire selon les deux psychiatres

5.3.1. Les facteurs psychiques contribuant à aggraver le risque de suicide

Selon les deux psychiatres, il y a des personnes qui peuvent être plus prédisposées à la pensée suicidaire. Le premier facteur qui peut augmenter le risque suicidaire concerne des fragilités émotionnelles engendrées pendant l'enfance qui peuvent causer des manques dans le développement émotif et cognitif à l'adolescence. En effet, depuis notre naissance, nous apprenons à réguler ou moduler les émotions que nous ressentons, par exemple dans leur intensité, afin de les exprimer de manière adéquate dans la situation donnée (Matarazzo & Zammuner, 2015). En plus, la carence d'une thérapie précoce empêche la possibilité d'intervenir préalablement (S., 28.04.2022). Le deuxième facteur concerne le diagnostic

des troubles psychiques chroniques à l'adolescence, comme un début psychotique ou schizophrénique pouvant susciter une profonde souffrance. Dans les moments où la personne se sent mieux et lorsqu'elle se rend compte que la situation ne passera jamais, elle peut se déprimer au point de concevoir le suicide comme solution. En effet, « les personnes atteintes de ces troubles de la personnalité ont tendance à avoir moins de tolérance à la frustration et à réagir avec force au stress, ce qui conduit parfois à l'automutilation ou à des comportements agressifs » (Moutier, 2021b). En plus, lorsque la personne se trouve dans un délire, le suicide peut survenir sans une vraie intention de mettre fin à sa propre vie car, dans ces moments, le sujet perd contact avec la réalité. Dans ces situations, la priorité est de mettre en sécurité la personne en l'hospitalisant puis réaliser un parcours psychothérapeutique (Moutier, 2021b). En effet, selon une étude de l'Unicef, en Suisse sur un échantillon de 1097 jeunes de 14 à 19 ans « 37% des jeunes interrogé·e·s ont déclaré avoir des problèmes psychiques, 17 % des jeunes présentant des symptômes de troubles anxieux et/ou de dépression ont déjà essayé de se suicider. Parmi eux, 48 % ont même tenté de se suicider à plusieurs reprises. Au total, 8 % des personnes interrogées ont déclaré avoir tenté de se suicider » (Unicef, 2021). D'autre part, comme l'a expliqué la Dre S. (28.04.2022), on ne peut pas tout·e·s les hospitaliser, car il y a le risque de compromettre la relation thérapeutique, ce qui comporte un repli sur soi du ou de la jeune qui perdra la motivation à se confier et à s'exprimer à cause de la peur des conséquences. Malgré ça, les troubles psychiques ne sont pas un facteur qui augmente le risque du suicide mais ce sont plutôt des cofacteurs qui peuvent l'influencer (F., 21.10.2022). Une meilleure sensibilisation au sujet de la souffrance peut réduire les actes suicidaires, car elle favorise - entre autres - la requête d'aide des personnes impliquées (F., 21.10.2022).

Enfin la phase de l'adolescence en général est une étape pendant laquelle le risque augmente à cause de tous les changements qu'elle comporte dans la vie des jeunes (S., 28.04.2022). En cette période, le ou la jeune essaye de se détacher des parents pour affirmer son identité en parallèle avec des changements au niveau physique, hormonal et de pensées pas toujours faciles à gérer (Lalli, p. 20). En effet, a expliqué la Dre S. (28.04.2022), le suicide et la tentative de suicide peuvent être liés à la volonté du ou de la jeune de s'éloigner de ses parents.

5.3.2. La famille entre prévention et aggravation du risque suicidaire

À niveau préventif, la famille peut être une ressource importante, car elle peut saisir un malaise à travers l'observation. En effet, si on parle de comportements à risque ou de tentatives suicidaires, il est important de vérifier par exemple la fréquence et la durée de certains actes, la fonction de l'acte pour le ou la jeune

et les éventuels troubles psychiatriques coexistants (dépression, troubles de l'alimentation, de la consommation de substances, borderline de la personnalité ou antisocial de la personnalité) (Moutier, juin 2021a). Ensuite, à travers un dialogue ouvert, les parents peuvent encourager le ou la jeune à exprimer son malaise et à se faire aider par des professionnel·le·s (S. 28.07.2022). En effet, « parler de ces pensées soulage les tensions. Les idées suicidaires apparaissent souvent soudainement dans des situations de vie difficiles et effraient même les personnes touchées » (Rotzler, 2022) et généralement dans les familles excessivement permissives le risque suicidaire augmente (S., 28.04.2022). Le Dr. F. a dit également que si le ou la jeune « vit dans une condition où il n'y a pas un accueil au niveau affectif, vient probablement à manquer la capacité d'écoute profonde des parents, qui ne doivent pas comprendre uniquement les mots, mais plutôt ce qu'il y a derrière les mots » (14.04.2022). C'est un problème concret, comme nous le montre une recherche menée par l'Unicef sur 1097 jeunes en Suisse : 28,4 % d'entre eux disent ne pas avoir une protection, affection ou soutien (Unicef, 2021). La présence d'un proche qui a tenté le suicide peut aussi augmenter la probabilité de suicide de la part du ou de la jeune, car il y a une dimension de familiarité (F., 21.10.2022), phénomène qui est aussi appelé « effet Werther » (voir chapitre 5.3.6.). Selon la Dre S., un facteur de prévention pourrait être celui d'organiser des moments pour travailler avec les parents qui attendent un enfant et discuter de certaines thématiques liées à la relation parents-enfant (28.04.2020). Le Dr. F. a aussi dit que l'école devrait organiser des journées sur cette thématique avec la participation des parents (21.10.2022).

5.3.3. La collaboration entre famille et thérapeute

L'implication de la famille dans la psychothérapie dépend de la disponibilité des parents et du contexte car chaque situation est différente (S., 28.04.2022). De plus, la loi sanitaire affirme que la famille a le droit de savoir ce qui se passe chez leur fils ou fille jusqu'à l'âge de 16 ans. Après cet âge, chacun·e a le droit d'exclure sa famille de tout traitement s'il ou elle le souhaite. A l'adolescence il y a la tendance « à l'identification, à l'affirmation de soi comme unique et différent, à l'explicitation d'un besoin d'autonomie, d'un désir de s'expérimenter avec ses propres forces » (Tanghetti, 2021, p. 3). Par conséquent, la thérapie sur les deux fronts n'est pas toujours nécessaire : parfois les parents rencontrent le ou la psychothérapeute seulement au début de la thérapie car, comme a dit le Dr. F. (14.04.2022), les jeunes arrivent difficilement seul·e·s dans son service et les parents sont souvent informés uniquement des aspects centraux ou dans le cas où la thérapie ne fonctionne pas. Dans ces cas, a expliqué la Dre S. (28.07.2022), il est important d'être honnêtes : continuer une thérapie qui n'est pas efficace contribue au maintien de l'état pathologique ou de l'état de souffrance de la personne. La collaboration à poursuivre

est discutée avec toutes les personnes concernées, mais généralement une famille collaborative peut influencer positivement le parcours du ou de la jeune. En tout cas, la volonté du ou de la jeune doit être respectée, sauf situations limites, où il y a un risque élevé de suicide qui libère le médecin du secret professionnel (F., 14.04.2022). Ce respect des volontés est important car, en cas contraire, la relation thérapeutique peut être compromise. Comme l'a dit la Dre S., dans certaines situations, la discrétion est une condition pour aborder des thèmes plus sensibles (28.04.2022), cela surtout s'il y a une situation de négligence ou de maltraitance de la part des parents envers leur enfant.

Parfois, la famille peut être un facteur influençant négativement le parcours thérapeutique du ou de la jeune. S'il y a un parent particulièrement perturbé, ambivalent ou si les deux parents sont en conflit, il est difficile pour le ou la jeune de réellement s'investir dans la thérapie, ce qui augmente le risque suicidaire (S., 28.07.2022). Les problèmes de l'adolescent·e peuvent être liés à la sphère familiale comme des abus de négligence ou des maltraitances, dans ces cas un travail impliquant la famille devient nécessaire. En effet, un environnement familial caractérisé par une tension constante « peut constituer un facteur tellement stressant qu'il induit chez l'adolescent·e des sentiments de rejet, vécus comme un manque de soutien affectif qui, à leur tour, peut produire un tel manque d'estime de soi provoquant des comportements auto-agressifs » (Crepet, 2021, p. 109). A ce sujet, le Dr. F a dit imposer la règle selon laquelle pendant 48 heures après la rencontre, on ne doit pas en parler parce qu'il y a justement le besoin de ne pas alimenter le risque de jugement dans le conflit familial (F., 14.04.2022).

5.3.4. Le groupe des pair·e·s entre prévention et aggravation du risque suicidaire

Le groupe des pair·e·s est central dans la vie des jeunes car il permet de se détacher de l'environnement familial, même si pendant cette phase de la vie les parents occupent encore généralement une place assez importante dans l'existence de l'adolescent·e. De fait, « cela ne se traduit pas par un éloignement des proches, mais par une modification du rapport » (Tanghetti, 2021, p. 3). De plus, ce groupe favorise la socialisation, la compagnie pendant le temps libre, des expériences inédites et permet de prendre les mesures entre sécurité et risques (S., 28.07.2022). De fait, le rapport amical « permet aux adolescent·e·s de se sentir libres de parler de leurs pensées et sentiments, en particulier en ce qui concerne les changements psychophysiques qu'ils et elles vivent » (Tanghetti, 2021, p. 3). Pour ces raisons, le groupe des pair·e·s peut être un facteur préventif par rapport au suicide. D'autre part, les risques d'un suicide peuvent augmenter vu que l'isolement émotionnel et social représente une des conditions les plus

récurrentes chez les jeunes qui se sont suicidé·e·s (Crepet, 2021). Ce qui est fondamental est le type de relation qui s'est instauré entre le ou la jeune et son interlocuteur ou interlocutrice : l'important est « la dimension réelle du soutien social, affectif et émotionnel qui accompagne le réseau amical » (Crepet, 2021, p. 107). De plus, le vécu d'abandon ou de traumatisme augmentent également la probabilité que le ou la jeune adopte des comportements à risque, comme l'abus d'alcool ou de stupéfiants (Crepet, 2021, p. 107).

Comme le groupe d'ami·e·s peut souvent coïncider avec les camarades de classe, il devient aussi important d'inclure l'école dans les facteurs influençant le bien-être. La Dre S. a en effet rappelé la problématique du harcèlement entre pair·e·s à l'école : il peut parfois favoriser le comportement suicidaire. En effet, le harcèlement « vise à disqualifier sa victime, à la discréditer, à l'isoler et à la brimer, générant des représentations négatives chez elle, qu'elle finit par faire siennes » (Roques & al, 2019, p.1000) ; cependant pas tout·e·s ceux ou celles qui ont subi du harcèlement se suicident (S., 28.04.2022). Le Dr. F. (14.04.2022) a également dit que le harcèlement peut mener à l'exclusion, qui dans une situation de vulnérabilité peut se transformer en souffrance : les personnes commencent à se sentir mal, différentes et elles se sentent seules avec elles-mêmes. Cette condition peut se développer par exemple en troubles dépressifs ou d'anxiété (F., 14.04.2022). De plus, de nos jours, les réseaux sociaux élargissent énormément la dynamique du harcèlement. Par exemple, une photo intime mise en ligne sans autorisation de l'auteur·e peut être partagée avec un grand nombre de personnes et peut engendrer des sentiments comme la honte (S., 28.04.2022). A l'adolescence, a expliqué la Dre S., il est encore plus difficile de surmonter une situation similaire : certain·e·s jeunes ne réussissent pas à supporter la confrontation avec leurs pair·e·s et étant donné que le groupe à cet âge représente énormément, c'est comme s'ils ou elles perdaient tout (28.04.2022). En effet, « la construction de soi à l'adolescence est influencée à la fois par les propres interprétations et par celles d'autrui sur soi-même. Dans cette optique, le jugement de l'autre commence à peser plus lourd » (Tanghetti, 2021, p. 2). De fait, la fin d'une amitié ou d'un rapport peuvent eux aussi être des déclencheurs, cela surtout dans les cas où il y a déjà une situation vulnérable. Par exemple, un vécu adolescent particulièrement turbulent, des difficultés de séparations et/ou des difficultés dans les processus liés à cette phase de la vie comme dans la séparation graduelle vis-à-vis des parents ou dans l'individuation de la propre identité de la part du ou de la jeune (S., 28.04.2022). Comme expliqué par le Dr. F. (14.04.2022) c'est alors important de se mettre à la hauteur du ou de la jeune, pour se rapprocher d'elle ou lui et pour qu'elle ou il se sente accueilli·e en utilisant un langage informel et les moyens de communication propres à l'adolescence en évitant une approche autoritaire.

5.3.5. Le contexte scolaire entre prévention et aggravation du risque suicidaire

Étant donné que l'école est un lieu où le ou la jeune passe une partie importante de sa vie elle peut devenir un lieu où peuvent être mis en place des interventions de préventions par rapport au suicide. En effet, l'école joue un rôle important dans le « développement des liens affectifs et émotionnels indispensables pour renforcer ce réseau de solidarité et de confiance mutuelle entre les jeunes » (Crepet, 2021, p. 133). Les statistiques montrent également qu'en Suisse, en 2017, environ 1,3% des jeunes ont tenté le suicide à l'école obligatoire et 0.4% des jeunes dans le degré secondaire (Annexe VII). De plus, les professeur·e·s peuvent également être une ressource pour relever d'éventuelles situations de malaise ou de souffrance (F., 21.10.2022). Des indicateurs peuvent être les absences à l'école, une baisse dans les résultats scolaires, une attention particulière pour la thématique de la mort dans les discours du ou de la jeune ou dans ses thèmes écrits (Crepet, 2021, p. 116). De plus, les professeur·e·s, peuvent favoriser une sensibilisation dans la réduction du stigma lié aux troubles psychiques entre les jeunes en les sensibilisant sur l'importance de demander de l'aide et en les adressant aux services appropriés (F., 21.10.2022). D'autre part, ces professionnel·le·s ne sont souvent pas en capacité d'identifier les signes prémonitoires du risque suicidaire afin d'informer correctement les enfants et leurs parents et d'intervenir efficacement (Crepet, 2021). En effet les enseignant·es « ont de plus en plus l'impression de devoir aborder ces sujets sans préparation adéquate et sans conseils qualifiés » (Crepet, 2021, p. 128). C'est pour cette raison que la diffusion des bonnes pratiques de la part des acteurs et des actrices qui font de la prévention devient encore plus importante, car elle « favorise l'apprentissage mutuel, le développement ultérieur et l'amélioration des mesures existantes » (Trageser et al., 2021, P. 39).

Concrètement, la Dre S. (28.07.2022) a dit que les professeur·e·s n'ont pas le droit de signaler directement aux services compétents un·e jeune qui est à risque de suicide car ils ou elles doivent passer par les parents qui doivent ensuite donner leur accord, sauf en cas de situations extrêmes, ou l'autorité entre directement en jeu. Parfois l'enseignant·e soutient une famille pendant des années pour aboutir à une prise en charge (S., 28.07.2022). A ce sujet, le Dr. F. a affirmé que l'intervention dans les écoles est encore sous-estimée : il ne suffit pas d'organiser une journée par an, elles devraient s'inscrire dans le programme scolaire (21.10.2022). Les deux associations Zeta Mouvement et ASI-ADOC, qui interviennent dans les écoles, doivent également être appelées par les institutions même si la première association organise aussi des rencontres par elle-même. D'autres fois, ce sont les professionnel·le·s en psychiatrie qui entrent en jeu pour demander à la famille s'ils ou elles peuvent se confronter avec les professeur·e·s. Cela afin de recueillir d'éventuelles informations utiles pour l'évaluation socio-

environnementale qui sert pour la définition de la prise en charge. Cette aide permet d'identifier des stratégies en commun avec les parents et les professeur·e·s : ce sont des réunions de réseau. Dans d'autres cas, la famille peut être moins collaborative, à cause de la présence du stigma autour de la demande d'aide : « il y a une évolution positive, mais nous n'avons pas encore éliminé tous les préjugés sur la santé mentale » (F., 21.10.2022). De plus, selon les deux psychiatres, le ou la professeur·e de soutien et le service de psychothérapie scolaire assument un rôle important à l'école.

5.3.6. Le suicide par émulation, l'effet Werther

La sensibilisation de la population par rapport à la thématique du suicide, comme on l'a vu dans les chapitres précédents, est importante pour favoriser la prévention. Toutefois, il existe une préoccupation concrète par rapport à la communication au sujet de ces événements qui est décrite comme « effet Werther » (S., 28.04.2022). Ce phénomène peut être défini comme « la tendance des individus à imiter des comportements déjà accomplis par d'autres et avec des situations existentielles semblables aux leurs » (Perilli, 2015, p. 191). Par ailleurs, les informations relatives aux suicides doivent être le moins spécifiques possible afin d'éviter que les personnes puissent s'identifier : les suicides hautement médiatisés peuvent avoir un effet très large (Moutier, 2021b). C'est aussi pour cette raison qu'on ne rencontre pas des reportages à la télévision ou des soirées publiques sur le suicide, on en trouve au sujet de la dépression ou des accidents qui traitent également la question du suicide, mais d'une façon plus légère (F., 14.04.2022). De même, « les jeunes sont plus susceptibles de s'engager dans l'imitation que les adultes, en raison de leur stade de développement psychologique et cérébral » (Moutier, 2021b). D'autre part, la sensibilisation sur l'importance de demander de l'aide permet de réduire la stigmatisation liée à la recherche d'aide et au traitement (Moutier, 2021b) et permet d'éviter que les personnes se sentent abandonnées dans leurs difficultés. Par conséquent, ne pas aborder le sujet du tout n'est pas une solution car, entre autres, les jeunes ont également accès aux informations à travers le web (Crepet, 2021, p. 127). De plus, « la stigmatisation retarde l'accès à des soins adaptés, impacte l'estime de soi, réduit l'accès au logement, à l'emploi, aux loisirs et entrave les relations intimes, amicales et familiales (Loubières & al., 2018, p. 810). Dès lors, la question n'est pas s'il faut aborder ou pas la thématique, mais plutôt comment en parler et à travers quel type de communication : plus la connaissance des troubles psychiques se développe, plus leur stigmatisation se réduit (Loubières & al., 2018).

5.3.7. La pandémie

Selon les deux psychiatres interviewé·e·s, le risque suicidaire doit être également contextualisé dans une dimension plus large de la structure de la société (F., 14.04.2022). La pandémie, par exemple, a énormément affecté la vie de tout le monde et elle a aussi aggravé la santé mentale des jeunes. En effet, les mesures de contention du virus telles que l'isolement, l'interdiction des rencontres en groupe et les leçons en ligne ont favorisé le processus de désagrégation des liens relationnels déjà commencé par l'arrivée d'internet et des réseaux sociaux, ce qui comporte une réduction des facteurs préventifs (S., 28.04.2022). Grâce à une étude menée par la SUPSI au Tessin avec 41 adolescent·e·s et jeunes adultes, il a été constaté que « les adolescent·e·s et les jeunes adultes (14-24 ans) ont rapporté des niveaux significativement plus élevés de stress, de dépression, d'anxiété et de solitude » (Pezzoli & al., 2022, p. 27) par rapport à la tranche d'âge des 25-65 ans. Il a aussi été relevé que certain·e·s présentent des valeurs plus grandes de peurs, de problèmes émotionnels et de difficultés de concentration (Stocker & al., 2020). Ces aspects peuvent avoir des effets négatifs sur la santé mentale et donc sur le taux de suicide (UFSP, 2022). Comme l'a confirmé le Dr. F. (14.04.2022), dans cette période les suicides ont augmenté considérablement, dans certains services d'urgence les tentatives de suicide relevées ont redoublé. Les appels des personnes mineures concernant le suicide ou le risque suicidaire au Telefono Amico (voir chapitre 4.2.) ont également augmenté (Annexe VIII). Dans le rapport du service, on constate qu'en 2021 ils et elles ont reçu 323 appels téléphoniques et 15 contacts par chat sur le thème du suicide. En comparaison, en 2020, ces nombres étaient respectivement de 178 et 11 (Telefono Amico Ticino e Grigioni Italiano, 2021). Pour le Dr. F. c'est un indicateur qui confirme que lorsqu'on commence à réduire ou à supprimer la socialisation ou que celle-ci prend place en ligne grâce aux technologies on perd quelque chose (F., 14.04.2022). Cette perte du contact direct chez les adolescent·e·s déjà vulnérables peut empêcher l'écoute profonde qui est fondamentale dans la compréhension de l'état de santé (F., 14.04.2022). Quand on parle des réseaux sociaux ou d'internet les parents sont également impliqués, en effet, ils « n'écoutent plus leur enfant à la maison, le smartphone devient le nouveau baby-sitter » (F., 14.04.2022) : la connexion en ligne des membres de la famille se traduit par un relâchement des liens familiaux de promouvoir la communication et les liens entre eux en dehors du réseau social (Arnoldi, 2015).

5.3.8. Les réseaux sociaux

Pendant la pandémie, les jeunes se sont organisé·e·s différemment, en utilisant les réseaux sociaux d'une

façon créative, mais ce n'est pas suffisant : l'absence du corps et de l'intimité a vraiment créé un certain décalage dans ce processus d'individuation des adolescent·e·s (S., 28.04.2022). En effet, ces outils « ont multiplié les contacts entre les personnes mais n'ont pas encore réussi à remplacer la puissance d'un regard, la valeur d'un geste, le contact face à face et les émotions déclenchées par les sens et les sentiments » (Mazzucchelli, 2014, p. 1). La communication, la relation et les liens entre les personnes ont été sauvegardés d'une certaine manière à travers internet, mais tout le reste a été marginalisé (S., 28.04.2022). En effet, ces outils ont également contribué à la réduction des liens sociaux concrets entre les personnes : en ligne les relations sont apparentes et dans la réalité on est seul·e (F., 14.04.2022). Se renforcent alors les moments de solitude au détriment de l'agrégation vraie qui est entre autres un facteur préventif du suicide. En effet, « la fréquence avec laquelle [les adolescent·e·s] rencontrent leurs ami·e·s en dehors des réseaux sociaux diminue le sentiment de solitude, qui en revanche augmente proportionnellement au temps passé sur les réseaux sociaux elles-mêmes » (Pezzoli & al., 2022). Par conséquent, « il n'est pas surprenant que de brefs contacts de soutien [...] réduisent le nombre de suicides et de tentatives de suicide » (National Action Alliance for Suicide Prevention, 9 mars 2018, p. 5). Cette période a aussi eu un impact sur la santé mentale des parents « en contribuant ainsi à réduire les capacités de faire face aux besoins émotionnels et de support des enfants » (Associazione Italiana di Epidemiologia, 2021, p. 241).

Afin de développer des mesures de prévention, il devient important de considérer que la modalité de communication et les sources à utiliser doivent varier en fonction de l'âge du public cible. Il est donc recommandé « de connaître le public auquel on s'adresse et d'agir spécifiquement selon ses besoins » (Loubières & al., 2018, p. 811). Le Dr. F. a en effet souligné l'importance de ne pas utiliser un langage trop formel ou technique car cela peut contribuer à créer une distance relationnelle entre le ou la responsable de la sensibilisation et le ou la jeune (F., 21.10.2022). De plus, en considérant qu'internet est un outil très utilisé chez les jeunes, il en résulte que les canaux médiatiques sont un moyen efficace pour diffuser cette sensibilisation (F., 21.10.2022). Enfin les motivations liées au suicide sont indépendantes de la phase de la vie (F., 21.10.2022), d'autre part, ce qui peut changer est le contexte. Une crise n'est plus liée au groupe de pair·e·s mais elle peut être liée au groupe des réseaux sociaux par exemple. Ce qui, d'autre part, « ne modifie pas beaucoup les origines structurelles qui sont le sentiment de solitude, de frustration, d'insatisfaction, d'exclusion sociale, l'absence de l'espérance de vie... » (F., 21.10.2022).

5.3.9. La société, un facteur influençant le bien-être des jeunes

La condition existentielle des jeunes peut être insérée dans un discours plus général qui concerne la société : la pandémie mais aussi les guerres actuelles, la crise climatique et les perspectives économiques réduisent les espérances des jeunes (S., 28.07.2022). Ces événements liés à une phase de la vie où les pensées suicidaires peuvent commencer à arriver ne favorisent pas la santé mentale : « on est un peu coincé dans l'ici et maintenant, on ne voit rien après (S., 28.07.2022). Par exemple, avec la pandémie « l'avenir a subi un rude revers : l'horizon temporel s'est fermé, les projets à court ou à long terme ont été suspendus. Il est devenu difficile de se projeter, de se représenter dans l'avenir » (Pezzoli & al., 2022, p. 55). Un temps, la perception de ne pas avoir un futur concernait surtout des contextes déterminés, aujourd'hui cette perception est amplifiée à une plus grande échelle, en touchant presque toute la société (S., 28.07.2022). Ce cadre peut être décrit en termes « de souffrance sociale, de malaise dans la société, de délitement du lien social, de société de défiance, de peur du déclassement, de précarisation de l'existence, etc. » (Ehrenberg, 2011, p. 555). De plus, les médias soulignent et augmentent l'attention sur les crises actuelles, sur le fait qu'il n'y a pas de futur et que le futur dépend de nous et cela augmente la responsabilité individuelle : il s'agit d'une tâche qui n'est pas facile à supporter (S., 28.07.2022). Par ailleurs, avec l'expansion d'internet et des réseaux sociaux « viennent à manquer les moments en commun qui diminuent de plus en plus » (F., 14.02.2022). Par conséquent, le « malaise se résume dans la double idée que le lien social s'affaiblit et qu'en contrepartie l'individu est surchargé de responsabilités et d'épreuves qu'il ne connaissait pas auparavant » (Ehrenberg, 2011, p. 555).

De plus, au Tessin il y a une présence insuffisante de lieux de rencontre pour les jeunes, il y a peu d'activités récréatives, peu de stimulations, peu d'événements culturels comme des fêtes ou des concerts (S., 28.07.2022). En effet, selon une recherche menée à Lugano avec 672 jeunes de 14 et 19 ans, 74% d'entre eux disent avoir « besoin d'espaces de rencontre supplémentaires et 57% soulignent combien les jeunes ont besoin d'espaces et de lieux libres pour pouvoir organiser des activités de manière indépendante » (LaRegione, 20 février 2022). Par ailleurs, les lieux sont souvent un prétexte pour contrôler les jeunes et pour leur imposer des règles. Il y a des personnes qui réussissent à s'adapter à ce modèle, mais en général les jeunes ont besoin de s'exprimer et d'exprimer également leur colère (S., 28.07.2022). En effet, les comportements à risque, la consommation de drogues et d'alcool par exemple, lorsqu'ils « ont la fonction d'un défi, sont déterminés par la recherche d'une valorisation de soi, favorisés par une confiance en soi et une vision optimiste des événements » (Adès & Lejoyeux, 2004, p. 203) ainsi que la perception d'avoir un contrôle des événements. Ces comportements, vécus comme inadéquats et

intolérables par une partie de la population, favorisent l'abandon des espaces publics par les jeunes, qui se rencontrent alors dans des espaces qui ont une autre fonction, comme les arrêts de bus ou les cages d'escaliers (Vulbeau, 2008). Le fait de « chasser les jeunes de ces espaces entre souvent dans le registre de la répression des incivilités, voire de délits plus graves comme l'obstruction, qui prive les habitants d'un droit de passage dans leur propre immeuble » (Vulbeau, 2008, p. 81). En revanche, mettre à disposition plusieurs lieux de rencontre permet aussi de connaître plus de gens, de ne pas rester tout le temps dans le même groupe ou territoire ce qui « est fondamental pour créer un esprit plus malléable, pour trouver d'autres moyens de soutien et pour se sentir moins seul·e et moins différent·e » (S., 28.07.2022). De fait, souvent « celui ou celle qui veut se suicider ne cherche pas la mort, mais la fuite de la vie » (Callipo, 2020, p. 10). C'est pour cette raison que l'individuation d'autres stratégies pour faire face à un moment difficile peut prévenir les suicides.

De plus, pour la Dre S. les rencontres entre personnes qui ont vécu ou qui vivent la même situation est un facteur préventif du suicide, car l'aide mutuelle « redonne l'espoir en le futur, parce que nous ne sommes pas seul·e·s à éprouver ces choses » (S., 28.07.2022). Ce sont aussi des principes suivis par les associations citées dans le chapitre 3.2. par le Dr. F. . En effet, ceux et celles qui ont survécu à une tentative de suicide sont souvent une ressource importante « dans le mouvement pour la prévention du suicide ; parfois les survivant·e·s de tentatives de suicide unissent leurs forces avec d'autres partisan·e·s » (Moutier, 2021b).

6. Conclusion : le suicide et l'offre de services au Tessin

Le suicide est une thématique difficile à analyser surtout parce qu'il n'existe pas d'interventions standards et prédisposées comme il n'y a pas des causes généralisables. En effet, chaque individu·e a ses motivations qui ne sont pas faciles à reconnaître, ni pour la personne elle-même ni pour le ou la professionnel·le : elles sont imbriquées et difficilement définissables. Le psychiatre Ballantini le confirme : « le suicide est un comportement qui n'est jamais complètement compréhensible et la question fondamentale du "pourquoi" est destinée à rester sans réponse exhaustive » (1999, p. 86). D'autre part, comme relevé dans cette recherche, il y a des facteurs sur lesquels il est important d'attirer l'attention dans la relation d'aide avec un jeune souffrant, en évitant en tout cas les conclusions précipitées. Certains facteurs peuvent aussi bien être préventifs qu'aggravants, dépendamment de la situation. En tout cas, la connaissance de ces facteurs reste indispensable dans la compréhension de la situation et dans l'individuation des interventions à mettre en pratique. Cette conscience peut s'avérer une ressource également importante pour les professionnel·le·s du travail social qui sont souvent impliqué·e·s dans des

relations avec des personnes vulnérables et en situation de souffrance. Comme les professeur·e·s, les proches et les ami·e·s, ce sont des figures qui peuvent être confrontées avec des personnes à risque suicidaire, par conséquent c'est aussi leur tâche d'accueillir l'individu·e en difficulté en le ou la soutenant, si nécessaire, dans la consultation de services compétents, cela dans le but de protéger son intégrité. Pour la même raison, ces professionnel·le·s peuvent également être une ressource importante dans la réduction des tabous liés aux troubles psychiques et à l'éventuelle requête d'aide, tout cela en faisant attention à ne pas généraliser ou tirer des conclusions hâtives et déterministes afin de respecter la subjectivité de chaque situation. L'effort « doit viser à la prise en compte et à la compréhension du point de vue de celui qui a accompli le geste, c'est-à-dire tenir compte de l'unicité des caractéristiques de chaque individu·e et de ses actes, on doit se situer dans la vie quotidienne du sujet » (Ballantini, 1999, p. 58). La prise en charge d'un·e adolescent·e doit donc être personnalisée et spécifique.

Cette recherche se base sur la conception des deux psychiatres et sur leur façon de travailler, il faut toutefois admettre qu'il existe de bonnes pratiques reconnues en général par la communauté des thérapeutes. Cependant, il peut exister d'autres types d'interventions et de services qui donnent une solution. Une plus grande offre de possibilités permet en même temps à la personne en difficulté de s'orienter ou d'être orientée vers l'option la plus adaptée à sa situation. Les deux psychiatres ont souligné un manque de services appropriés pouvant accueillir les jeunes avec un vécu de souffrance. Par exemple, dans le cas où la personne nécessite un contexte protégé, une solution au niveau cantonal est l'Hôpital civique de Lugano qui en revanche n'a que 5 places en pédopsychiatrie (S., 28.07.2022). L'Organisation socio-cantonale à Mendrisio ou la clinique Santa Croce à Locarno sont des services conçus uniquement pour des adultes ayant différents troubles psychiques. Il en résulte que la prise en charge et les professionnel·le·s qui y travaillent ne sont ni spécialistes ni appropriés (S., 28.07.2022). Ce manque d'offre est dû entre autres à des raisons financières : « il y a de la peine à investir dans la psychiatrie et dans la psychologie de l'enfant et de l'adolescent·e et dans la prévention » (S., 28.07.2022). Pour ces raisons, les services de psychiatrie et les psychologues sont souvent surchargé·e·s de travail ce qui ne permet pas non plus une prise en charge constante, souvent nécessaire. En 2010, au Tessin, 720 adolescent·e·s (12-19 ans) ont demandé de l'aide aux Services médico-psychologiques, en 2021, ils et elles étaient 1'283 (Consiglio psicosociale cantonale, 2022) (Annexe IX) : des requêtes qui augmentent de plus en plus. Les Services médico-psychologiques et les services du réseau socio-sanitaire du canton du Tessin (pédiatres, médecins généralistes, centres éducatifs pour mineur·e·s...) ont également considéré inadéquate l'offre pour une prise en charge efficace (Consiglio psicosociale cantonale, 2022). À la suite de cette remarque a été développé un projet qui vise à créer « une unité de soins intégrés pédopsychiatres

pour les adolescent·e·s et leurs familles, unique pour tout le canton, qui puisse répondre au mieux aux besoins thérapeutiques de chaque bénéficiaire : 10 lits stationnaires, 5 lits d'hôpital de jour et 5 lits pour le *home treatment* » (Consiglio psicosociale cantonale, 2022, p. 17) qui comprend des interventions à domicile. Ces propositions, en utilisant une conception multidisciplinaire, devraient « donner au jeune les moyens d'une prise de conscience de sa situation de malaise à travers une distanciation progressive des figures parentales, scolaires et amicales » (Consiglio psicosociale cantonale, 2022, p. 21) impliquées dans le problème. Le défi est de taille, vu qu'au Tessin les mineur·e·s hospitalisé·e·s augmentent progressivement : ces derniers 4 ans, environ 100 mineur·e·s ont été hospitalisé·e·s en moyenne dans les hôpitaux somatiques aigus avec un diagnostic de nature psychiatrique (Dipartimento della sanità e della socialità, 2022). Il est essentiel que les personnes à risque de suicide et les personnes ayant tenté de mettre fin à leur vie soient prises en charge et soignées conformément aux besoins, sans temps d'attente et de manière spécifique (Trageser et al., 2021).

Ces enjeux existent depuis longtemps dans notre société : le Dr. F. (21.10.2022) a affirmé que dans les années '90, les suicides accomplis étaient bien plus nombreux qu'aujourd'hui. Légitimement les services sanitaires ont développé une attention accrue, ainsi qu'une offre élargie des psychiatres et des psychologues dans le territoire et dans les services d'urgences. En plus la population est moins réticente à demander de l'aide : ce n'est plus un tabou (F., 21.10.2022). De fait, en Suisse, en 1998 le taux de suicide dans la population était de 20,8%, en 2020 il était de 11,4 % (Obsan, 2022), même si cette tendance n'a pas conduit à une diminution des tentatives de suicide (F., 21.10.2022). Une majeure sensibilisation est donc un objectif fondamental. Elle doit s'adresser aux facteurs qui peuvent influencer un suicide, le focus ne doit pas se concentrer uniquement sur le suicide lui-même qui est de fait le dernier acte d'un processus qui doit être intercepté dans les étapes initiales.

6.1. Limites de la recherche

Pour ce qui concerne les limites de la recherche on peut affirmer que dans les différentes propositions présentées dans le document, il serait également intéressant et fondamental d'intégrer les points de vue des jeunes mêmes qui sont de fait les expert·e·s de leur situation et de leurs besoins. Pareillement observer concrètement les deux psychiatres dans leur pratique professionnelle il aurait été intéressant. En effet, il peut y avoir des différences entre leur façon d'expliquer les méthodes utilisées dans la prise en charge et la mise en pratique effective de ces interventions. L'intégration des points de vue d'autres psychiatres ou professionnel·les qui travaillent avec les jeunes à risque de suicide peut être également une façon

d'approfondir la recherche. De fait, cela m'aurait permis d'inclure d'autres approches par rapport à la prise en charge des jeunes qui ont tenté un suicide. Le temps limité pour terminer la recherche s'est aussi avéré une limite car il n'y a pas eu assez de temps pour approfondir certaines thématiques ou de mieux clarifier certains éléments. Il aurait été utile de prévoir plus de rencontres afin d'aller plus dans les détails. De plus la limite du nombre de pages disponible pour rédiger la recherche a exigé un choix dans les différentes thématiques évoquées pendant les interviews : il y aurait d'autres éléments également intéressant qui auraient été pertinents à intégrer dans le document. Des exemples sont la différence dans le comportement suicidaire entre femmes et hommes et le stigma lié à la demande d'aide.

Pour ce qui concerne mon implication pendant l'atelier de recherche je peux affirmer une certaine difficulté de ma part à m'exprimer car le français n'est pas ma langue maternelle. Cela a sûrement nécessité un effort plus onéreux dans le développement de certaines réflexions de ma part envers toute la classe. La peur de ne pas utiliser les bons mots a parfois dépassé ma volonté de prendre la parole et exprimer mes pensées. D'autre part, le fait que le nombre des personnes présentes pendant le cours était assez réduit m'a permis, peu à peu, de réussir à m'exprimer malgré mes préoccupations. La confrontation et l'écoute des avis des camarades de classe et des professeur·e·s m'ont également aidé à définir les éléments à approfondir et à améliorer la structure de mon travail. Les présentations des intervenant·e·s pendant le cours m'ont aussi soutenue dans le développement des réflexions à intégrer dans la recherche. Malgré ça, également dans ces dynamiques le fait de ne pas bien maîtriser la langue française m'a créé des difficultés à intervenir pour poser des questions. Je suis consciente que j'aurais pu participer un peu plus au long de l'atelier : partager mon travail avec les autres a sûrement eu un impact positif sur celui-ci, aspect que j'aurais pu favoriser encore plus.

7. Bibliographie

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC- Psychiatrie*, 201- 215, 1 (3). DOI : 10.1016/j.emcps.2004.03.003
- Arnoldi, P. (2015). Famiglie connesse. Social network e relazioni familiari online. *Media education - studi, ricerche, buone pratiche*, 6 (1), 1-17. ISSN : 2038-3002
- Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE). (2021). L'impatto della pandemia di COVID-19 su bambini e adolescenti. Il contributo dell'epidemiologia alla riapertura sicura e indispensabile delle scuole. *Epidemiol Prev*, 45, 239-244. DOI : 10.19191/EP21.4.P239.079
- Ballantini, M., (1999). *Suicidio e società. Una speranza dalla prevenzione*. Milan, Italie : FrancoAngeli. ISBN : 9788846414939
- Callipo, S. (2020). *Il suicidio. Eziologia, valutazione del rischio e prevenzione*. Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo. Milan, Italie : FrancoAngeli. ISBN : 9788891791702
- Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. (2014). *Preventing suicide : a global imperative*. Luxenbourg : World Health Organisation. ISBN : 9789241564779
- Consiglio psicosociale cantonale (CPSC). (2022). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025*. Tessin, Suisse : Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Récupéré sur : https://www4.ti.ch/user_librerie/php/GC/allegato.php?allid=149837
- Crepet, P. (2021). *Le dimensioni del vuoto*. Milan, Italie : Feltrinelli. ISBN : 9788807815867
- Dipartimento della sanità e della socialità (2022). Rapporto della commissione sanità e sicurezza sociale sul messaggio 9 marzo 2022 concernente la pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025. Récupéré sur : https://www4.ti.ch/fileadmin/POTERI/GC/allegati/rapporti/26969_8123%20R.pdf

- Edan, A., Barbe, R., Pigois, E. & Stephan, P. (2013). Tentative de suicide des adolescents : Accueil, évaluation, orientation. *Revue Medicale Suisse*, 9, 410-414. Récupéré sur : https://www.revmed.ch/view/480612/4004469/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2013-07s_sa05_art05.pdf
- Ehrenberg, A. (2011). La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie. *Adolescence*, 29 (3), 553-570. DOI : 10.3917/ado.077.0553
- Franzese, C. (2009). La peer education. Consideration on Educational Issues. *Synergy*, 5 (1), 15-29. Récupéré sur : <https://synergy.ase.ro/issues/2009-vol5-no1/05-la-peer-education.pdf>
- Junker, C., Abawi, K. & Weitkunat, R. (2021). *Statistica delle cause di morte. La mortalità in Svizzera e le sue cause principali, 2018*. Neuchâtel, Suisse : Ufficio federale di statistica (UFS).
 Numéro de publication : 1259-1800
- Junker, C. (2016). *Statistica delle cause di morte 2014. Suicidio assistito e suicidio in Svizzera*. Neuchâtel, Suisse : Ufficio federale di statistica (UST). Récupéré sur : <https://www.bfs.admin.ch/asset/it/3902307>
- LaRegione (2022, 20 février). *Lugano : il 74% dei giovani chiede più spazio*. Lugano, Tessin : Regiopress. Récupéré sur : <https://www.laregione.ch/cantone/luganese/1566882/giovani-prossimita-citta-lugano-spazi-incontro>
- Loubières, C., Caria, A. & Arfeuillère S. (2018). Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale. *L'information psychiatrique*, 94 (10), 809-816. DOI : 10.1684/ipe.2018.1883
- Matarazzo O. & Zammuner V. L. (2015). *La regolazione delle emozioni*. Seconda edizione. Bologna, Italie : Il Mulino. ISBN : 9788815259059
- Mazzucchelli, C. (2014). *La solitudine dei social networker*. Milan, Italie : Delos Digital ISBN : 9788867752621

- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2018, 9 mars). *Recommended Standard Care for People with Suicide Risk : making health care suicide safe*. The Board of Regents of the University of Oklahoma, USA. Récupéré sur : https://theactionalliance.org/sites/default/files/action_alliance_recommended_standard_care_final.pdf
- Observatoire suisse de la santé (Obsan). (2019). *Bulletin. Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse*. Neuchâtel, Suisse : Département fédéral de l'intérieur. Numéro de publication : 1034-1907
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016). *Le plan d'action, Prévention du suicide en Bref*. Numéro de l'article : 316.760.f
- Perilli, E. (2015). Il contesto del suicidio o contesto do suicídio. *Trilhas Pedagógicas*, 5 (5), 178-208. Récupéré sur : <https://fatece.edu.br/arquivos/arquivos-revistas/trilhas/volume5/12.pdf>
- Pezzoli L., Bracci A., Caiata Zufferey M., Lisi A., Luciani M., Morese R., Soldini E., Crivelli L. (2022). Progetto CoSmo. Covid e salute mentale dei giovani. Rapporto di ricerca. Manno, Tessin : SUPSI. Récupéré sur : https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UFaG/COSMO_completo.pdf
- Roques, M., Do Amparo, D. M., Zabcí, N., Drieu, D., Rebelo, T & Cosseron, F. (2019). Le harcèlement chez les adolescents victimes : méthodologie d'une recherche internationale. *Annales Médico-Psychologiques*, 177 (10), 999-1004. DOI : 10.1016/j.amp.2019.09.007
- Tanas, R., Marcolongo, R., Bonadiman, L. & Rossato, E. (2007). Influenze dei modelli mediatici sul comportamento degli adolescenti e sui disturbi del comportamento correlati al peso corporeo. XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, *Rivista Italiana di medicina dell'adolescenza*, 5 (2), 30-36. Récupéré sur : http://www.medicinadelladolescenza.com/wordpress/wp-content/uploads/2014/05/2007-6-9-SETTEMBRE-ATTI-Congresso-L_Aquila.pdf#page=35

- Tanghetti, K. (2021). *I luoghi dell'adolescenza. Caratteri principali della psicologia degli adolescenti in relazione alla dimensione emotiva, affettiva e dei legami*. Côme, Italie. Récupéré sur : <https://catechesi.diocesidicomo.it/wp-content/uploads/sites/16/2021/09/I-luoghi-delladolescenza-dimensione-psicologica-Tanghetti-Katiuscia.pdf>

Tavormina, M., Tavormina, R., & Tavormina G. (2017). Malattia mentale e pregiudizi : studio multicentrico sullo stigma sociale (pp. 61-70). In Tavormina, G., Aldi, G. et Franza, F. (Éds). *Depressione : parliamone insieme*. Naples, Italie : La Buona Stampa srl. Récupéré sur : http://www.rivistatelos.it/wp-content/uploads/2018/07/RIVISTA_Pat_nero.pdf#page=61

- Telefono Amico. (2022, 10 septembre). *Tél 143 : les pensées suicidaires toujours nettement plus fréquentes au cours de la troisième année de pandémie*. Journée mondiale de prévention du suicide du 10 septembre. Récupéré sur : <https://www.143.ch/fr/>
- Telefono Amico Ticino e Grigioni Italiano. (2021). *Rapporto di attività*. Récupéré sur : www.143.ch/ticino/Chi-siamo/Rapporti-di-attivita

Trageser, J., Petry, C., Von Stokar, T. & Reisch, T. (2021). *Bilan intermédiaire de la mise en œuvre du plan d'action national pour la prévention du suicide – Synthèse*. Zurich, Suisse : Office fédéral de la santé publique (OFSP). Récupéré sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>

- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). *L'influsso della pandemia di COVID-19 sulla salute psichica della popolazione svizzera e sulla presa a carico psichiatrico-psicoterapeutica in Svizzera (sintesi del primo rapporto parziale)*. Berne, Suisse : Ufficio federale della sanità pubblica. DOI : 20.013447 / 225.2-11/1
- Unicef. (2021). *La salute psichica dei giovani. Studio sulla situazione in Svizzera e nel Liechtenstein*. Policlinique médicale universitaire, Unisanté. Récupéré sur : <https://www.unicef.ch/it/il-nostro-operato/svizzera-liechtenstein/salute-psichica>

- Vulbeau, A. (2008). Politique, jeunesse et répression. *Revue Projet*, 4 (305), 77-82. DOI : 10.3917/pro.305.0077

8. Sitographie

- Association Zeta Mouvement (s.d.). Consulté le 20 septembre 2022, à l'adresse : <https://fr.zetamovement.com/> Associazione della Svizzera Italiana per i disturbi Ansiosi, Depressivi e Ossessivo compulsivi (ASI-ADOC). (s.d.). Consulté le 20 septembre 2022, à l'adresse : <http://liberalamenteasiadoc.ch/index.php>
- Associazione della Svizzera Italiana per i disturbi Ansiosi, Depressivi e Ossessivo compulsivi (ASI-ADOC) / *lugano.ch*. (s.d.). Consulté le 20 septembre 2022, à l'adresse : <https://www.lugano.ch/vivere-lugano/cultura-e-tempo-libero/associazioni/lista-associazioni/asi-adoc.html>
- Corby, J. L. (2020, 19 novembre) *Il vuoto dell'anima*. Ginevra. Consulté le 31 octobre 2022, à l'adresse : <https://alessandria.today/2020/11/19/il-vuoto-dellanima-di-squarci-di-cielo-poesie-di-tania-scavolini/>
- Département fédéral de l'intérieur (s.d., a). *L'OMS publie son premier rapport sur la prévention du suicide*. Consulté le 1 juillet 2022, à l'adresse : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-54331.html>
- Département fédéral de l'intérieur (s.d., b). *Suicide et prévention du suicide en Suisse*. Consulté le 1 juillet 2022, à l'adresse : <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/comunicati-stampa.msg-id-3742.html>
- Édition professionnelle du Manuel MSD (2022). *Versione per operatori sanitari*. Consulté le 23 juin 2022, à l'adresse : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional>

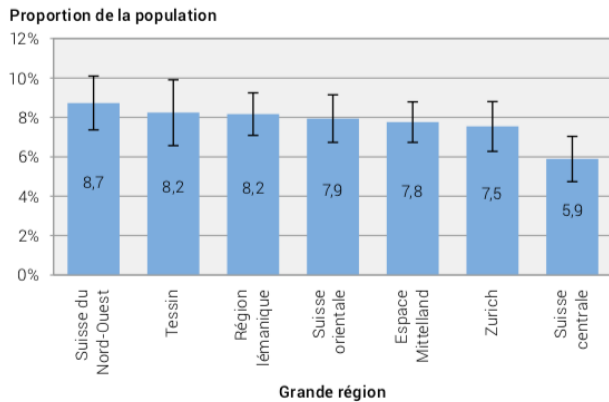
- Elia, J., (2021). *Comportamento suicidario nei bambini e negli adolescenti*. Manuale MSD - versione per i professionisti. American Foundation For Suicide Prevention. Consulté le 23 juin 2022, à l'adresse : https://www.msmanuals.com/it/professionale/pediatria/disturbi-mentali-nei-bambini-e-negli-adolescenti/comportamento-suicidario-nei-bambini-e-negli-adolescenti#v11624728_it
- Moutier, C., (juin 2021a). *Autolesionismo non suicidario*. Manuale MSD - versione per i professionisti. American Foundation For Suicide Prevention. Consulté le 23 juin 2022, à l'adresse : <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicidario-e-atto-autolesionistico/autolesionismo-non-suicidario>
- Moutier, C., (2021b). *Comportamento suicidario*. Manuale MSD - versione per i professionisti. American Foundation For Suicide Prevention. Consulté le 23 juin 2022, à l'adresse : <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/sintomi-somatici-e-disturbi-correlati/disturbo-da-sintomi-somatici>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2016). *Statistique des causes de décès 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse*. Consulté le 2 juillet 2022, à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/assistierte-suizide.html>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2022). *Santé psychique*. Consulté le 2 juillet 2022, à l'adresse : <https://www.bfs.admin.ch/asset/it/23145239>
- Osservatorio svizzero della salute (Obsan). (2022). *Suicidio e suicidio assistito*. Neuchâtel, Suisse : Département fédéral de l'intérieur. Consulté le 25 juin 2022 à l'adresse : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste>
- Rotzler, S. (2022). *Mio figlio parla di suicidio: cosa fare?.* Pro Juventute. Consulté le 4 octobre 2022, à l'adresse : <https://www.projuventute.ch/it/genitori/famiglia-e-societa/suicidio>

- Studio Dedalo. (2021). Consulté le 20 septembre 2022, à l'adresse : <https://studiodedalo.ch/pedopsichiatria-e-psicologia-delleta-evolutiva/>
- Swissinfo. (2020, 02 juin). I suicidi specchio di un disagio sottostimato. Consulté le 20 juin 2022, à l'adresse : https://www.swissinfo.ch/ita/svizzera_i-suicidi-specchio-di-un-disagio-sottostimato/45801680
- Swissinfo. (2022, 23 janvier). *Tentativi di suicidio in netto aumento tra i giovani*. Consulté le 20 juin 2022, à l'adresse : <https://www.swissinfo.ch/ita/tentativi-di-suicidio-in-netto-aumento-tra-i-giovani/47285258>
- Telefono Amico Ticino e Grigioni. (s.d.) Consulté le 1 septembre 2022, à l'adresse : <https://www.143.ch/ticino/Consulenza/Tematiche-dei-colloqui/Tema-suicidio>
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). (2022). *Malattie e salute mentale*. Consulté le 8 octobre 2022, à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>

9. Annexes

9.1. Annexe I Pensées suicidaires par grande région

Pensées suicidaires par grande région, 2017 G2



I Intervalle de confiance (95%)

n=18 557

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

(Obsan, 2019, p. 3)

9.2. Annexe II Fréquence des troubles mentaux dans le suicide

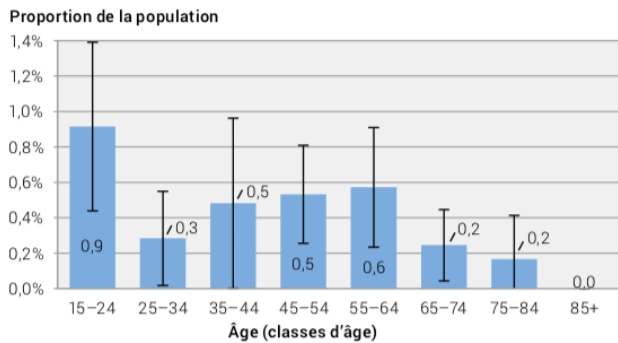
Fréquence dei disturbi di salute mentale nel suicidio*	
Disturbo di salute mentale	Frequenza
Depressione maggiore	50 to 60%
Disturbi da uso di sostanze	25%
Psicosi	15%
Disturbo bipolare	10%
Disturbo borderline di personalità	10%
Disturbi d'ansia e disturbo post-traumatico da stress	Dal 6 al 10%
Disturbi del controllo degli impulsi	—
Disturbi alimentari	—
Disturbo da deficit di attenzione/ipertattività	—

* I disturbi sono elencati in ordine decrescente di prevalenza; quelli che si verificano a tassi trascurabili non hanno cifre esatte associate. Si noti che questi disturbi spesso coesistono in casi di rischio di suicidio, pertanto, i tassi di prevalenza non raggiungono il 100%.

(Moutier, 2021b)

9.3. Annexe III Tentatives de suicide par âge

Tentatives de suicide (prévalence annuelle) par âge, 2017 G8



Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

(Obsan, 2019, p. 5)

9.4. Annexe IV Vue d'ensemble de l'évaluation de l'état de la mise en œuvre pour chaque domaine d'action

Tabella 1: Panoramica della valutazione dello stato dell'attuazione per ogni ambito d'azione

Obiettivi	Numero M	Progressi dal 2017	Grado di raggiungimento degli obiettivi nell'attuazione
1. Rafforzare le risorse personali e sociali	1		
2. Sensibilizzare e informare	2*		
3. Garantire facile accesso alle offerte di aiuto	1		
4. Riconoscere e intervenire precocemente	2*		
5. Garantire un'assistenza e un trattamento efficaci	3*		
6. Ridurre la disponibilità di mezzi suicidari	4*		
7. Fornire sostegno ai parenti, familiari e alle persone implicate in veste professionale dopo un suicidio	1**		
8. Promuovere una copertura responsabile del suicidio preventiva e un uso responsabile dei media digitali	2*		
9. Mettere a disposizione basi scientifiche e prove	2		
10. Diffondere esempi di buone pratiche	1		

* Per questi obiettivi le valutazioni dello stato dell'attuazione delle singole misure divergono e la valutazione dell'obiettivo è data dunque da una media. Ogni volta che la media si situava tra due livelli di valutazione, si è utilizzata la valutazione più negativa.

**La valutazione si riferisce principalmente ai familiari di una persona che si è suicidata.

(Trageser et al., 2021, p. 29)

9.5. Annexe V Questions entretiens

Introduction :

- Comment fonctionne votre service ?
- Différence entre suicide et tentative ? Est-ce que ce sont deux choses distinctes ?
- Comment savoir si la tentative de suicide est un appel à l'aide ou une véritable volonté de mettre fin à sa propre vie ?
- Y a-t-il toujours/souvent des troubles mentaux liés au suicide ?
- Sur quels aspects est mis l'accent pour aider les adolescent•e•s? Quels sujets sont abordés et comment ?
- Existe-t-il toujours une solution ?
- Les motivations qui poussent un•e adolescent•e à se suicider ont-elles changé au fil des ans? (dans les manières, dans les motivations)
- Y a-t-il conscience des risques de certains comportements ?
- Quel est le rapport entre les changements sociaux et le suicide ?

La famille :

- Quels sont les facteurs qui peuvent influencer le comportement suicidaire au sein de la famille ?
- Les familles sont-elles toujours conscientes des difficultés de leurs enfants ? Comment aider les parents à prévenir certains comportements ?

Groupe de pairs :

- Dans quelle mesure peut-il être un facteur préventif ? Et un facteur aggravant ?
- Comment la santé mentale des jeunes a changé avec la pandémie ?
- Quels sont les avantages de l'éducation par les pairs ?

L'école :

- Quel est le rôle de l'école ?
- Comment un•e professeur•e peut intervenir en cas de suicide ou de tentative de suicide ? Comment aider un•e professionnel•le à comprendre s'il existe un risque élevé ?
- Comment en parler aux élèves ?

La prévention :

- Que faire pour éviter une deuxième tentative ?
- Qui doit en parler ? Comment en parler ? Quelles sont les mesures de prévention ?
- Quel rôle joue le territoire / la société ? (donner de l'espace aux jeunes)

9.6. Annexe VI Facteurs de risque de comportement suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

01/07/22, 11:33

Comportamento suicidaire nei bambini e negli adolescenti - Pediatria - Manuali MSD Edizione Professionisti

Fattori di rischio per comportamento suicidaire nei bambini e negli adolescenti

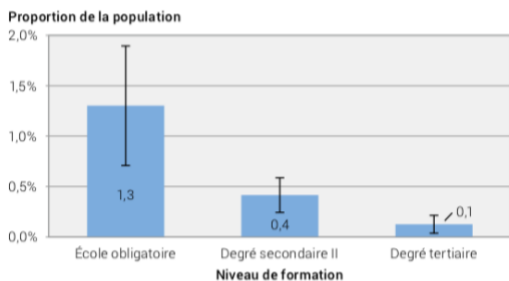
Tipo	Esempi
Disturbi mentali e disturbi fisici che colpiscono il cervello	Disturbi dell'umore* (p. es., schizofrenia , disturbo depressivo) Schizofrenia Uso di sostanze, soprattutto di alcol e THC e/o uso di sostanze negli adolescenti Tendenze impulsive, aggressive (disturbo della condotta) Precedenti tentativi di suicidio Lesione cerebrale traumatica Disturbo post-traumatico da stress Disturbi d'ansia
Anamnesi familiare	Anamnesi familiare di comportamento suicidaire Aumento dei tassi di suicidio negli adulti Uso da parte dei genitori di oppiacei ‡ Madre con un disturbo dell'umore Padre con una storia di problemi con la polizia Scarsa comunicazione con i genitori
Fattori psicosociali	Azione disciplinare recente§ (più comunemente, sospensione dalla scuola) Perdita interpersonale (perdita di una ragazza o ragazzo, soprattutto nei maschi; separazione dai genitori) Difficoltà a scuola Isolamento sociale (in particolare disoccupazione o il non andare all'università) Minoranza con grande mobilità del domicilio Vittima di bullismo Report di suicidi dai media (Effetto Werther) Stato di minoranza sessuale/di genere
Fattori ambientali	Facile accesso a metodi letali (p. es., pistole) Ostacoli e/o stigma associati all'accesso ai servizi di salute mentale

(Elia, 2021)

9.7. Annexe VII Tentatives de suicide selon le niveau de formation

Tentatives de suicide (prévalence annuelle) selon le niveau de formation, 2017

G 9



I Intervalle de confiance (95%)

n=18 681

Source: OFS - ESS 2017

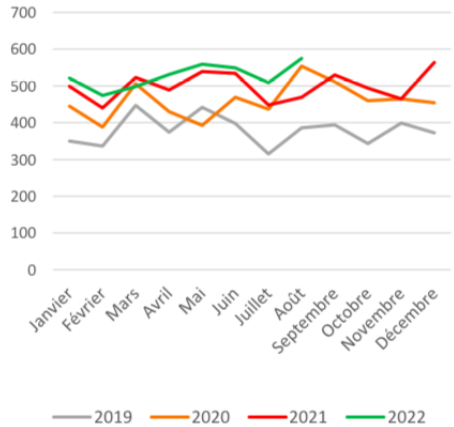
© Obsan 2019

(Obsan, 2019, p. 5)

9.8. Annexe VIII Risque de suicide et suicide en tant que sujet au téléphone, 2019-2022

Statistica Telefono Amico Svizzera 2019-2022

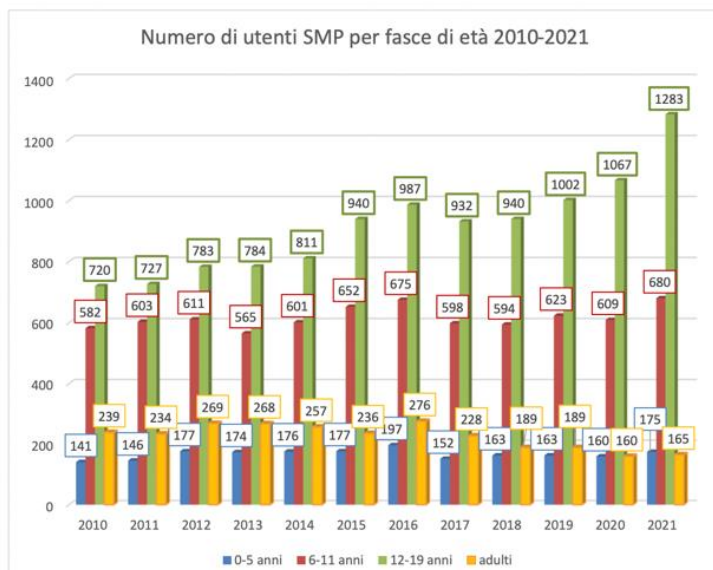
Tél 143: Risque de suicide et suicide en tant que sujet au téléphone, 2019-2022



(Telefono amico, 10 septembre 2022)

9.9. Annexe IX Nombre de bénéficiaires dans le Service médico-psychologique

Il numero di utenti in età adolescenziale è cresciuto negli anni, passando da 720 nel 2010 a 1283 nel 2021.



(Consiglio psicosociale cantonale, 2022, p. 135)