

Article original



Perspectives des adolescents et jeunes adultes sur le suicide : une méta-synthèse qualitative

Perspectives of youth on suicide: A qualitative meta-synthesis

J. Lachal^{a,*}, M. Orri^b, M.R. Moro^a, A. Revah-Levy^c

^a Maison de Solenn, hôpital Cochin, AP-HP, Inserm 669, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité, 75679 Paris, France

^b Inserm 669, université Paris Sud-Paris 11, 75679 Paris, France

^c Centre de soins psychothérapeutiques de transition pour adolescents, hôpital d'Argenteuil, Inserm U669, 95107 Argenteuil, France

Résumé

Objectifs. – Le suicide est un enjeu majeur de santé publique et les jeunes y sont particulièrement exposés. Cette méta-synthèse explore le vécu de l'expérience du suicide chez l'adolescent et le jeune adulte afin de mettre en perspective l'expérience du jeune suicidant et les modalités de prises en charge.

Méthode. – La méthode est une analyse thématique (Thematic Synthesis) de 30 articles qualitatifs interrogeant des adolescents et les jeunes adultes, obtenus par une recherche systématique sur les principaux moteurs de recherche en psychiatrie. La qualité des études a été évaluée à l'aide du Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Résultats. – L'analyse dégage six thèmes organisés autour de deux principaux axes d'expérience. La dimension interpersonnelle regroupe le sentiment de différence et de rejet, le vécu d'incompréhension et la relation à l'autre ; la dimension individuelle regroupe le vécu de dépressivité, le contrôle de soi et la perception de soi.

Conclusion. – L'expérience du suicide est intimement liée au vécu de la relation à l'autre, et cette relation est au cœur du processus thérapeutique. Les prises en charges doivent d'avantage prendre en compte cette dimension du lien et de la nécessité de travailler avec l'entourage du jeune. Les recherches sur le sujet gagneraient à mieux prendre en compte les interactions entre les éléments socioculturels et l'expression de la souffrance conduisant au suicide.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Recherche qualitative ; Méta-synthèse ; Enfant ; Adolescent ; Suicide ; Psychologie

Abstract

Aims. – Suicide is a major public health issue, one particularly affecting youth. This meta-synthesis of qualitative research studies the experience of adolescent and young adult suicide in order to suggest therapeutic propositions.

Method. – Thematic analysis included 30 qualitative papers elicited by web searching on principal psychiatric databases. The papers questioned adolescents and young adults. Quality appraisal used the Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Results. – The results are organized around two main axes. The relational experience included three themes: feelings of difference and rejection; the experience of incomprehension; and the relation to others. The interpersonal experience included three themes: the experience of distress, self-control and self-perception.

Conclusion. – The experience of suicide is bounded to the relation with others, and this relation is at the center of the therapeutic process. Therapists have to keep in mind this relational dimension and the necessity of the work with families and peers. Researchers have to take account of sociocultural impact on the expression of distress.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Qualitative research; Meta-synthesis; Child; Adolescent; Suicide; Psychology

* Maison des adolescents, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France.

Adresse e-mail : jonathan.lachal@gmail.com (J. Lachal).

1. Contexte

Le suicide et les tentatives de suicides sont un enjeu majeur de santé publique en France, en Europe, et plus généralement à l'échelle mondiale. Les adolescents y sont particulièrement exposés, le suicide étant la deuxième cause de décès des 10–24 ans [1], et on estime que les tentatives de suicides (TS) seraient 10 à 20 fois plus fréquentes que les suicides réussis [2]. En France, le suicide est une préoccupation de santé depuis de nombreuses années, et, bien que le nombre de suicide chez les 15–24 ans soit en diminution, le nombre de TS et le nombre de TS récidivantes sont eux, en progression [3,4], malgré une connaissance toujours plus grande des facteurs de risques, et une systématisation des principes de prise en charge [2,5,6].

Le suicide est une question complexe, à l'interface de problématiques médicales, sociologiques, anthropologiques, culturelles, psychologiques et philosophiques, et la recherche médicale quantitative peine à intégrer toutes ces dimensions. Les études qualitatives sont particulièrement adaptées à ces questions complexes ; elles sont toutefois contextuelles, mal répertoriées et de fait leur résultats sont peu utilisés dans la construction des connaissances [7,8]. Les méta-synthèses, en effectuant un double travail de synthèse et d'interprétation des thèmes principaux, permettent d'améliorer l'abstraction et la généralisation des études qualitatives incluses et d'aboutir à des propositions à la fois en terme de soins et de compréhensions théoriques [8–11]. Elles permettent de proposer une synthèse des différentes études qualitatives sur une question intégrant différents points de vues de participants, différents points de vue culturels, et ainsi de transformer les résultats des études incluses en connaissances plus abstraites, plus absolues, plus formalisées et plus généralisables [8,11,12]. Une méta-synthèse a été publiée sur la question du suicide de l'adulte [13], insistant sur la nécessité de reconnexion du patient avec son entourage.

Nous proposons ici d'explorer le vécu de l'expérience du suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. L'étude s'efforcera de mettre en perspective l'expérience du jeune suicidant et les modalités de prises en charges actuelles afin de proposer des adaptations thérapeutiques.

2. Méthode

Notre méthode a été construite sur la base de la Thematic Synthesis [8] et de la meta-ethnographie [12]. Notre méthode est particulièrement adaptée aux synthèses de corpus importants d'adolescents [14]. Elle permet d'agréger des études utilisant des méthodes d'analyse variées. Le premier temps est descriptif : après avoir mis en évidence les différents thèmes de chaque étude, le travail consiste à comparer les études entre elles afin de relier les thèmes entre eux et de construire un schéma descriptif du phénomène. Le deuxième temps est interprétatif, en ce sens que le tableau descriptif du phénomène obtenu permet de dégager des hypothèses originales, pouvant être mis en perspective avec des éléments théoriques, de la littérature [12]. Les possibilités de généralisation ainsi que la force de ces généralisations sont ainsi augmentées [11].

Les étapes de la méthode sont les suivantes :

- définition de la question de recherche, résumée dans la partie objectifs ;
- identification et sélection des articles ;
- évaluation de la qualité des études sélectionnées ;
- analyse des articles, identification des thèmes et comparaison des thèmes entre les études afin d'identifier des processus communs (translation) ;
- génération d'interprétations et structuration de la synthèse ;
- écriture de la synthèse.

2.1. Sélection des études (Étape 2)

Il s'agit d'une recherche systématique des études qualitatives portant spécifiquement sur le suicide de l'adolescent. Les critères ont été définis durant des réunions de travail du groupe de recherche QUALIGRAMH dirigée par le Dr Revah-Lévy (Qualitative Group for Research In Adolescent Mental Health, Inserm U669, maison des adolescents, hôpital Cochin, Paris), groupe composé de spécialistes de la recherche qualitative et de la psychiatrie de l'adolescent. Étant donné la distribution démographique du suicide, et le flou sur la définition de la fin de l'adolescence [15], une majorité d'étude s'intéresse à la tranche d'âge 15–24 ans, et parfois même incluent des sujets de 26 ou 27 ans. Après concertation, nous avons donc décidé d'inclure les études s'intéressant au suicide des jeunes de moins de 30 ans.

Les critères de sélection et d'exclusion étaient les suivants : études utilisant une méthodologie qualitative uniquement – les méthodes mixtes ont été écartées [7] – portant spécifiquement sur le suicide de l'adolescent et du jeune adulte ; interrogeant les adolescents et jeunes adultes suicidants ou ayant été suicidants ; écrites en langue anglaise ou française ; sur la période de 1990 à mai 2014 ; les études se déroulant en population générale et étudiant les aspects préventifs du suicide, où les représentations sociales du suicide ont été écartées ; les études s'intéressant aux automutilations et qui excluaient spécifiquement les sujets suicidaires ou suicidants ont été également écartés.

La recherche s'est déroulée entre janvier et août 2014. Une première recherche informatique a permis de regrouper une sélection d'articles, dont les mots clés ont été recueillis. À partir de cette sélection ainsi que des revues de littératures existant sur le suicide [13,16,17], le groupe de recherche a alors défini la liste des mots clés utilisés pour interroger les bases de données ainsi qu'une liste des principaux moteurs de recherche qui recensent les études qualitatives dans le domaine de la médecine, de la sociologie et de la psychologie [12,18,19]. Les mots clés sont des *free-text terms* et des *thesaurus terms* spécifique de chaque base de donnée, recouvrant les thèmes du suicide, de l'adolescent et du jeune adulte, et de la recherche qualitative, comme préconisé par la littérature [19,20] (Tableau 1).

Un total de 1625 références a été obtenu, 1403 après élimination des doublons. Les études ont ensuite été triées par les deux auteurs principaux (JL et ARL), à partir du titre et du résumé, selon leur pertinence thématique et méthodologique. Chaque désaccord a été résolu après concertation du groupe de travail. Suite à ce premier tri sur titre et résumé, les textes intégraux de

Tableau 1
Mots clés et bases de données.

Bases de données	Mots clés		Articles
	Free-text terms	Thesaurus terms	
MESH		19	167
CINAHL		27	550
PsycInfo	26	30	169
Embase		21	233
SSCI		0	506
Total			1625

toutes les études retenues ont été récupérés et une nouvelle sélection a eu lieu. Les études ne répondant pas aux critères définis préalablement ont été éliminées, et une sélection de 30 études a été établie, soit un total d'environ 2 % des articles, ce qui est cohérent avec les données de la littérature [12,19,20].

2.2. Évaluation de la qualité des articles (Étape 3)

Il existerait plus d'une centaine d'outils méthodologiques pour l'évaluation d'un article qualitatif [21]. L'évaluation de la qualité demeure pour autant une étape nécessaire afin de stimuler la discussion autour des études, questionner la valeur et l'intégrité des données retenues, et éliminer celles dont les résultats ne sont pas suffisamment rigoureux. L'équipe a décidé d'utiliser l'outil le plus utilisé pour les méta-synthèses qualitatives médicales [22], le Critical Appraisal Skills Programme (CASP) [23] (Tableau 2).

2.3. Analyse des données

L'analyse débute par une lecture attentive des articles dans leur intégralité, incluant l'abstract ainsi que le titre [24]. Un chercheur (JL) extrait les données de l'ensemble des études, et celles-ci sont également analysées par deux autres chercheurs (ARL et MS), et discutées en réunion. L'analyse thématique permet de dégager des catégories issues des thèmes de premier ordre. Ensuite, l'exercice de comparaison des thèmes consiste à mettre en perspective les thèmes d'une étude avec les thèmes d'une autre étude afin de vérifier que chaque catégorie recoupe les différents thèmes des différentes études. Le travail de synthèse aboutit à la proposition d'une description cohérente des perceptions du suicide autour des principales catégories, ou thèmes transversaux (Étape 5). L'ultime étape est la rédaction de la synthèse (Étape 6).

Le résultat obtenu n'est donc pas un résumé des différentes études incluses, mais une interprétation des articles permettant d'obtenir un plus haut niveau d'interprétation et de générer de la théorie à partir de plusieurs études [12]. Des réunions de recherche se déroulent régulièrement afin de discuter des résultats obtenus. La triangulation des sources – la méta-synthèse en est une par définition – et la triangulation des chercheurs permet d'assurer un bon niveau de rigueur des résultats [25].

3. Résultats

3.1. Présentation des études

Les 30 études incluses interrogent des adolescents et jeunes adultes ayant fait des tentatives de suicide à l'aide d'entretiens semi-structurés, d'entretiens libres, d'analyses de messages Internet ou de questionnaires. Les études proviennent de 11 pays différents : 14 concerne l'Amérique du Nord et Centrale (Canada, Nicaragua, États-Unis), 6 l'Europe (Italie, Royaume-Uni), 5 l'Asie (Hong Kong, Iran, Israël, République de Corée) et 3 l'Océanie (Nouvelle-Zélande) et enfin 2 l'Afrique (Afrique du Sud). Le Tableau 3 détaille les caractéristiques de chaque étude (Tableau 3).

3.2. Évaluation de la qualité

Cette évaluation donne des résultats globalement bons (Tableau 2). Les considérations éthiques sont parfois insuffisantes, de même que la description détaillée de la méthode d'analyse. Ceci est le plus souvent expliqué par les limites rédactionnelles (nombre de caractères, organisation des chapitres) imposées par les revues et plus adaptées à la recherche quantitative. Certaines études manquent en réflexivité.

Aucune étude n'a été exclue par le fait de cette évaluation. Les principaux auteurs de l'approche méta-ethnographiques rapportent que les études de moindre qualité tendent à moins contribuer à la synthèse [9,12,26] qui est enrichie par les résultats des études de meilleure qualité [24]. Il n'y a par ailleurs pas de consensus sur le rôle des critères de qualité et la façon dont ils doivent être entendus, en particulier pour les revues systématiques [12,25,27].

3.3. Analyse thématique

À travers l'analyse des études, nous avons mis en évidence six grandes thématiques, que nous avons décidé d'organiser autour de deux axes regroupant 6 thèmes. Le premier axe concerne la dimension interpersonnelle, les liens établis par les participants reliant la problématique du suicide et le monde qui les entoure. Les trois thèmes de cet axe sont le sentiment de différence et de rejet, le vécu d'incompréhension et la relation à l'autre. Le deuxième axe concerne la dimension individuelle, interne, les facteurs internes à l'origine de la problématique suicidaire, et les réarrangements internes participants au processus de rémission. Cet axe regroupe lui-même trois thèmes que sont, le vécu de dépressivité, le contrôle de soi et la perception de soi. Un recueil de verbatim illustrant les thèmes est disponible sur simple demande auprès des auteurs.

3.3.1. Dimension interpersonnelle du vécu

Il s'agit là de la dimension relationnelle de la problématique suicidaire, les liens entre l'autre et la pensée suicidaire ou son évolution.

Tableau 2
Évaluation de la qualité des études selon le Critical Appraisal Skill Programme (CASP).

Critères	Nombres d'études		
	Complètement rempli	Partiellement rempli	Non rempli
1 Les objectifs de la recherche sont-ils clairement indiqués ?	28	2	0
2 La méthode qualitative est-elle appropriée ?	27	3	0
3 Le design de la recherche est-il adapté à ses objectifs ?	26	4	0
4 La stratégie d'inclusion est-elle adaptée aux objectifs de la recherche ?	20	7	3
5 Le recueil des données permet-il d'aborder les questions de la recherche ?	24	5	1
6 Les liens entre le chercheur et les participants ont-ils été correctement examinés ?	18	3	9
7 Les questions éthiques ont-elles été considérées ?	28	1	1
8 L'analyse est-elle suffisamment rigoureuse ?	16	10	4
9 Les résultats sont-ils clairement exposés ?	18	5	7
10 Quelle est la valeur de la recherche ?	18	12	0

3.3.1.1. *Le sentiment de différence et de rejet.* Nous avons nommé le premier thème de cet axe le sentiment de différence et de rejet. À travers les propos de nombreux adolescents suicidants, se dégage en effet le sentiment d'être différent ou différencié des autres, de leurs pairs, de leur famille, d'être exclu ou rejeté par la société.

C'est tout d'abord le sentiment d'être différent des autres qui est en jeu : les adolescents se sentent différents des autres adolescents de leur entourage, ils ne parviennent pas à

s'adapter aux structures sociales [28–31]. La pression des pairs et les attentes normatives deviennent souvent des éléments persécuteurs : l'adolescent ne parvient pas à suivre ces normes, et renforce le rejet en s'isolant d'avantage de ses pairs [30–34]. Il peut s'agir de normes religieuses, culturelles, d'idéal de structure familiale, de réussite scolaire, de beauté, de santé ou de sexualité [31,33,35].

Le rejet ressenti par ces adolescents suicidants s'appuie le plus souvent sur des éléments de réalité : brimades à l'école,

Tableau 3
Caractéristiques des études.

Article	Année	Pays	Participants		Recueil	Méthode
			Nombre	Âge		
[54]	2012	Royaume-Uni	23	9–16	SSI, Q	Grounded Theory
[46]	2008	Royaume-Uni	10	18–30	SSI	Foucauldian Discourse Analysis
[55]	2011	Afrique du Sud	10	14–17	SSI	Thematic Analysis
[45]	2002	Nouvelle-Zélande	27	15–24	SSI	Discourse Analysis
[40]	2003	Nouvelle-Zélande	30	16–25	SSI	Discourse Analysis
[57]	2009	Canada	16	18–25	SSI	Grounded Theory
[36]	2006	Canada	50	13–26	SSI	Grounded Theory
[53]	2007	Canada	50	21,9	SSI	Grounded Theory
[39]	2011	Israël	10	15–19	SSI	Consensual Qualitative Research
[37]	2000	Canada	5	24–27	SSI	Phenomenology
[56]	2005	Canada	1	20	SSI	Grounded Theory
[28]	2006	Canada	50	15–27	SSI	Grounded Theory
[50]	2006	Canada	13	17–26	SSI	Grounded Theory
[29]	2003	Nouvelle-Zélande	8	18–25	SSI	Grounded Theory
[49]	2010	Canada	10	Ado	M	Content Analysis
[41]	2006	Nicaragua	8	15–19	SSI	Grounded Theory & Content Analysis
[43]	2011	République de Corée	134	18–28	Q	Qualitative Content Analysis
[47]	2012	Royaume-Uni	36	<30	SSI	Grounded Theory
[32]	2011	Iran	25	14–17	FI	Thematic Analysis
[30]	2006	USA	8	13–18	SSI	Phenomenology
[31]	2011	Nicaragua	12	15–24	SSI	Grounded Theory
[51]	2014	Italie	16	17–25	SSI	Interpretative Phenomenological Analysis
[48]	2003	Canada	37	21,8	SSI	Phenomenology
[52]	2007	Royaume-Uni	174	Ados	M	Interpretative Phenomenological Analysis
[42]	2012	Afrique du Sud	14	13–20	SSI	Thematic Analysis
[44]	2005	Royaume-Uni	9	16–25	SSI	Grounded Theory & Narrative Analysis
[33]	2007	Hong Kong	13	11–18	SSI	Data display
[34]	1997	USA	11	13–18	SSI	Phenomenology
[35]	2012	République de Corée	1	16	LH	Life history
[38]	2010	USA	27	11–19	SSI	Grounded Theory

FI : entretiens libres ; LH : histoire de vie ; M : messages de forum Internet ; Q : questionnaires ; SSI : entretiens semi-structurés.

« bullying » [33,36–38], mais aussi discrimination plus largement inscrite au sein de la société. Certaines études montrent ainsi comment le vécu de discrimination des jeunes gays et lesbiennes s'inscrit dans la constellation psychopathologique de leur tentative de suicide [29,39]. La réinscription des ressentis dans la norme ferait donc partie intégrante des éléments thérapeutiques du soin psychothérapeutique selon certains participants [40].

Les participants rapportent également à plusieurs reprises avoir du mal à trouver leur place au sein d'une famille souvent déstructurée, en conflit, ou encore éprouver des difficultés à s'inscrire dans la dynamique de l'histoire familiale [30,37,41,42]. Au contraire, l'acceptation par la famille semble être un facteur qui influence positivement la rémission de l'état suicidaire lors des prises en charges [29,33].

La peur d'être jugé par les autres du fait de ses différences, de leur incapacité à adopter les valeurs communes au groupe, amplifie le sentiment de solitude et l'isolement réel de ces adolescents [28,30,41–44].

3.3.1.2. Le vécu d'incompréhension. Le second thème appartenant à la dimension interpersonnelle est celui du vécu d'incompréhension. Une des plaintes récurrentes des adolescents suicidant est le sentiment de ne pas être écouté, entendu, compris de leur entourage.

L'écoute est un élément central de la demande des adolescents : elle manque le plus souvent au sein de la famille [28,33,41,44] et est associée au vécu de rejet par le groupe des pairs [30,37,42]. L'impression de ne pas être entendu participe à la dynamique du geste suicidaire [44]. Au contraire, le sentiment d'être enfin entendu, écouté, est mis en avant par les adolescents comme levier thérapeutique. Il s'agit d'être entendu par les parents et l'entourage [28,33,39,45], ou encore l'écoute empathique du thérapeute ou de l'équipe soignante [39,46–48].

L'écoute recouvre souvent le concept de compréhension : les adolescents souhaitent se sentir à la fois entendus et compris par leurs proches [29,45,46], mais également par les soignants qui s'occupent d'eux [47–49]. Écoute empathique, compréhension participent à l'aide que procure l'entourage pour affronter les vécus internes douloureux [45].

Se sentir supporté par son entourage est ainsi un élément essentiel du processus de rémission [28,33,46,50–52]. Il peut s'agir d'un proche, d'un parent, d'un pair [33,46,50], mais aussi d'un groupe culturel ou religieux [28,29]. L'inscription dans une communauté est ainsi décrite dans des contextes très divers : communauté religieuse [43], communauté construite autour de forums Internet d'entraide [46,49,52], communauté *L/B/G-friendly* [29,39]. Celle-ci permet le partage de l'expérience, et ainsi diminue le sentiment d'aliénation [29,34,49], ou encore la validation de l'expérience vécue par le groupe [44,52]. Le soutien peut enfin être trouvé dans le cadre d'un espace thérapeutique [47,48,52,53].

3.3.1.3. La relation à l'autre. Le dernier thème de l'axe interpersonnel implique l'autre dans sa dimension relationnelle, l'effet de la distance relationnelle, du conflit et des ruptures.

Nous l'avons nommé la relation à l'autre. L'autre, qu'il soit le parent, le proche, le pair, apparaît central dans les discours des adolescents, et dans la dynamique de la tentative de suicide [41,45,48,54].

L'autre est d'abord central dans les déclencheurs du geste suicidaire : rupture, conflit, séparation, perte, absence, sont autant d'éléments mis en avant par les adolescents pour expliquer la temporalité du passage à l'acte [30–32,35,37–39,41–43,55].

Mais la place de l'autre est aussi centrale dans une temporalité beaucoup plus vaste. Les séparations [32,35,38], les dysharmonies et les conflits chroniques [30–33,35,37–39,41–43,55,56], les difficultés relationnelles [36,37], ou le sentiment d'insécurité [56] ou de « déconnexion émotionnelle » [36,56], les pertes [41,42], le souhait de se venger [51] sont autant d'éléments mis en avant par les adolescents pour expliquer la psychopathologie de l'apparition de leurs idéations suicidaires.

Le processus thérapeutique, lorsqu'il est vécu comme efficace, met en jeu le plus souvent un rapprochement de l'adolescent et de ses proches, une reconnexion, une amélioration des relations [28,31,33,38,45,47,50,51,53]. La communication devient plus fluide, plus efficace [41,54]. Mais parfois également, le processus de rémission s'effectue dans une certaine prise de distance physique ou psychique, une autonomisation de l'adolescent [35,44,45].

3.3.2. Dimension individuelle, interne, du vécu

Il s'agit là des dimensions individuelles, personnelles, de la problématique suicidaire, comment les processus internes entrent en jeu dans la pensée et le comportement suicidaire, leurs apparitions, leurs évolutions.

3.3.2.1. Le vécu de dépressivité. Le premier thème de la dimension individuelle regroupe les vécus de tristesse et de souffrance morale rapportés par les adolescents. Il s'agit du vécu de dépressivité.

La plupart des participants lorsqu'ils décrivent l'expérience suicidaire, évoquent des ressentis assimilables à certains symptômes du spectre dépressif. Il peut s'agir d'une tristesse [32,36,37], d'une peine [32], d'une douleur morale [28,32,43,51], d'un désespoir [28,32,51], d'un détachement défensif [36,51]. La confiance en soi est affectée [53]. La colère, l'irritabilité, font partie des éléments qu'on peut rapporter à la dépressivité [28,32,36,37]. Certains participants nomment leur vécu « dépression », le plus souvent lorsqu'un diagnostic a été porté par une équipe de soins [30,37,38,40,42,50].

L'idée d'échec est au centre de cette dépressivité [40,51]. L'estime de soi est très largement altérée [28,51]. L'impression d'être inutile [32,33,37,41,43], incompetent [28], sans valeur [32,37,43], domine le tableau d'expérience. Les participants évoquent même parfois le dégoût de soi [56].

Les expériences de rémissions sont décrites comme la réapparition de pensées positives [45,50]. L'estime de soi et la confiance en soi s'améliorent également [29,34,53].

3.3.2.2. Le contrôle de soi. Le deuxième thème de cet axe se situe autour des dynamiques de contrôle de soi, de *coping*,

d'*insight*, de compréhension de soi et de mobilisation identitaire. Nous l'avons nommé le contrôle de soi.

Lorsque les adolescents décrivent l'expérience suicidaire, ils sont nombreux à évoquer l'existence de conflits internes, souvent en lien avec les attentes normatives sociales ou familiales, et les processus de maturation physiques et psychiques de l'adolescence [55]. Les participants évoquent alors le sentiment de perdre le contrôle sur leur existence [28,36,37,44,51]. Ils ont l'impression de ne plus prendre part aux décisions les concernant, de ne plus pouvoir influencer sur le cours de leur vie [36]. La vie devient sans espoir et perd son sens [37]. Les pensées et ressentis semblent imposés, et penser au suicide devient une façon d'échapper à ces ressentis qu'ils ne considèrent pas leurs [28,51].

La perte de contrôle est souvent associée à l'impossibilité à faire face aux problèmes, aux doutes, aux peurs [31,37,38,40,56,57]. Les traumatismes liés aux pertes peuvent sembler ainsi des montagnes infranchissables [40]. Les émotions envahissantes font alors perdre pied [38,48,56]. Les toxiques peuvent parfois devenir une façon de répondre à cette impossibilité [31]. La mort peut également devenir séduisante, confortable : l'adolescent construit parfois son identité autour du suicide [57].

La description des dynamiques de rémissions évoquent l'importance de faire face, initialement, aux émotions les plus douloureuses [50]. Arriver à maîtriser ses émotions est une étape importante de la rémission [38]. Les soins psychiques semblent occuper une place centrale dans cette prise de contrôle [34,40], mais ils ne sont pas l'unique levier utilisé par l'adolescent : les communautés en ligne [46], l'écriture, les proches [29], la construction de projets [43] sont autant de solutions trouvées par les adolescents.

Les adolescents qui n'arrivent pas à affronter leurs ressentis décrivent également l'impression de ne plus se comprendre [36,40], et c'est bien la redécouverte de soi qui est décrite lors des processus de rémission [38,48,50,53,57]. Il s'agit d'un « réapprentissage » [57], d'un changement de point de vue [53], d'une compréhension de soi [48]. Les adolescents cherchent à donner un nouveau sens à leur existence et à leurs comportements suicidaires [38,47,50,56], à imaginer un futur positif [50]. La notion d'*insight* est aussi abordée par certains adolescents, pour illustrer comment la compréhension de leur souffrance peut permettre de dessiner le chemin de la rémission [38].

Un élément important de cette phase semble être les capacités d'expression et d'élaboration de la souffrance [48,52,56]. Cette élaboration lorsqu'elle est possible permet la remise en marche de la construction identitaire en jeu à l'adolescence [39,53,56,57].

3.3.2.3. La perception de soi. Le dernier thème est un thème transversal aux deux axes, puisqu'il considère l'image que les adolescents pensent renvoyer d'eux-mêmes, les comportements qui y sont associés. Nous l'avons appelé la perception de soi.

La dépressivité et les préoccupations individuelles retentissent sur la façon dont les adolescents se perçoivent et perçoivent leur environnement. Au sein des données, on peut

identifier trois manières de réagir : la honte, la culpabilité, et la colère.

La honte est ainsi présente dans certains discours d'adolescents [28,31,32,35,38–41,43,45,47]. Il peut s'agir de la honte de ne pas faire face [28,31,38,41,47], ou bien la stigmatisation liée à la maladie et au soin mental [38,45]. Mais il peut s'agir de tout autre chose à l'origine même de la dynamique suicidaire, par exemple la réussite scolaire [32,43], familiale [31,32,35] ou encore la sexualité [32,39]. La honte est souvent liée au concept de norme sociale, et d'anormalité, et elle est donc le plus souvent liée au contexte culturel [31,32,38,41,43] ou au groupe d'appartenance [39]. Les adolescents parlent alors de *stigma* [32,35,40].

La culpabilité est le sentiment porté par les adolescents d'être à l'origine de la souffrance qu'ils ressentent. La culpabilité est souvent associée à la dépressivité et à la honte [28,31,38,41,56]. Les responsabilités endossées sont variées, et l'échec devient le plus souvent culpabilisant lorsqu'il n'est pas admis par la norme sociale [31,38,41].

Enfin, la colère [28,32,36,37] peut être telle que le suicide devient une réponse possible [37]. La colère contre les autres est ainsi parfois une motivation pour l'auto-destructivité.

4. Discussion

Cette méta-synthèse d'articles qualitatifs interrogeant les jeunes suicidants nous a permis de mettre en évidence six principaux thèmes qui s'organisent autour des deux axes de l'expérience individuelle et de l'expérience interpersonnelle.

Les jeunes associent fortement le vécu du suicide à celui de la relation autre, et les thèmes de la différence, de l'isolement, de l'incompréhension sont récurrents et présents dans la totalité des études. Les adolescents décrivent le plus souvent un vécu négatif de la relation, un sentiment de solitude extrême. Le suicide et la mort sont alors parfois vécus comme une identité, ou encore identifiée, personnifiée, comme une « amie ». Le sentiment d'absence d'écoute et de compréhension, qu'il repose sur des éléments de réalité (histoire de vie difficile, abandon, pertes), ou sur des troubles psychiques (épisode dépressif, trouble de personnalité, psychose), est au cœur de l'expérience suicidaire. Et c'est l'écoute, plus encore l'écoute empathique, la présence continue d'un autre bienveillant qui apparaît aux jeunes l'élément le plus important au processus thérapeutique.

Le vécu d'isolement, de différence et de rejet est bien connu des professionnels et pris en compte depuis de nombreuses années [6,58]. Les récits des soignants interrogés dans les études qualitatives sur le sujet sont centrés sur la valeur communicative du suicide de l'adolescent [59] et sur l'intérêt du travail avec les familles [60]. Pourtant peu d'études qualitatives interrogent le vécu des familles d'adolescents suicidants [61–64], et les parents y décrivent après la tentative de suicide un vécu de souffrance et d'isolement qui paraît en miroir de celui des adolescents durant la période suicidaire [62]. On peut faire l'hypothèse d'un partage nécessaire de la souffrance qui permettrait la rémission. Plus encore que d'une écoute empathique, les adolescents pourraient attendre de l'autre un certain degré

de compassion, au sens étymologique de « partage de la souffrance ». La compassion sous-entend un certain degré de fusion dans laquelle les adolescents pourraient (re)trouver un lien et une proximité qui leur est indispensable, et qu'ils décrivent au cours du processus thérapeutique. Ceci est à rapprocher du constat de liens importants entre trouble de personnalité limite et suicide [65]. Le partage du vécu de dépressivité, de solitude, et de culpabilité pourrait faire partie du processus thérapeutique permettant à l'adolescent, en s'appuyant sur une équipe soignante, de s'autoriser à aller mieux. Le travail avec les familles devrait donc d'avantage tenir compte des questions de fusion et de séparation, que l'adolescent rejouerait dans le passage à l'acte suicidaire. Ceci pose la question de l'hospitalisation, remise en question au niveau international [66]. Celle-ci impose une rupture, une séparation, qui est souvent nécessaire, mais qui peut parfois majorer le sentiment d'isolement et de solitude. Le travail sur le lien, sur la fluidité des relations et des séparations, à un niveau d'avantage systémique, doit se faire en complément des prises en charges individuelles qui ont pour objet les capacités individuelles [65] et les facteurs de risques externes.

L'expérience individuelle est à la fois intime, personnelle, particulière, universelle dans ses processus psychiques, et codée par la culture [67]. Les résultats montrent ainsi, à travers les récits particuliers des adolescents, des thèmes communs autour du vécu de dépressivité et de perte de contrôle de soi. Mais la manière dont chacun réagit à ces dynamiques psychiques semble ainsi fortement liée à l'environnement social et culturel. Les réactions de honte, de culpabilité ou de colère, n'apparaissent pas à la même fréquence en fonction du lieu et de la population incluse dans les études. Sans pouvoir, à partir de ces études qualitatives, parler de fréquence d'apparition, on peut mettre en évidence certaines tendances. En effet, la notion de culpabilité par exemple est largement développée dans les études se déroulant au Nicaragua et dans la population latino-américaine des États-Unis. La honte est également présente dans les études au Nicaragua, en Nouvelle-Zélande et dans les études occidentales interrogeant les minorités sexuelles. Le *stigma* est une notion uniquement retrouvée dans l'étude coréenne et dans l'étude de Nouvelle-Zélande. Au contraire, la dépressivité et la colère sont beaucoup plus présentes dans les études occidentales. L'environnement culturel et les interdits sociétaux pourraient ainsi jouer un rôle central dans la façon dont les adolescents donnent du sens aux idées suicidaires [68–72]. La médiatisation du suicide en Occident depuis de nombreuses années, notamment par les campagnes de prévention, a rendu possible l'expression de la souffrance et des idées suicidaires. Celles-ci sont moins associées à la honte et la culpabilité que dans d'autres aires culturelles [72,73]. Certaines pistes sociales et culturelles apparaissent importantes à prendre en compte dans les recherches, notamment la place des croyances religieuses à la fois protectrices contre le passage à l'acte suicidaire, mais qui facilitent également dans certains contextes le geste [41,43,70,71,73]. Le rapport de l'OMS 2014 sur la prévention du suicide (p. 37) propose d'améliorer la cohésion sociale [74], il apparaît important que cette cohésion s'apprécie dans le contexte culturel local.

5. Conclusion

Cette méta-synthèse de 30 articles qualitatifs a permis la synthèse du vécu de plus de 800 adolescents et jeunes adultes présentant une problématique suicidaire. Les résultats permettent de penser en profondeur le vécu du suicide de manière beaucoup plus transversale. L'expérience du suicide est intimement liée au vécu de la relation à l'autre, et cette relation est au cœur du processus thérapeutique. Les prises en charges doivent d'avantage prendre en compte cette dimension du lien et de la nécessité de travailler avec l'entourage du jeune. Les recherches sur le sujet gagneraient à mieux prendre en compte les interactions entre les éléments socioculturels et l'expression de la souffrance conduisant au suicide.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Tableau) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.neurenf.2015.03.002](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.002).

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] World Health Organization. Suicide rates, France, 1950-2007. World Health Organization [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/fran.pdf
- [2] Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379(9834):2373–82.
- [3] UNPS. Évolution des morts par suicide en France (1970-2010), Union nationale pour la prévention du suicide. Chiffres Inserm [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 20]. Available from: <http://www.unps.fr/le-suicide-en-france.html>
- [4] Observatoire National du Suicide. Suicide état des lieux des connaissances et perspectives de recherche [Internet]. 2014 Nov [cited 2015 Jan 16]. Report No.: 1. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
- [5] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide - Recommandations pour la pratique clinique; 1998.
- [6] Campéon A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. *Actual Doss En Santé Publique* 2003;(45):35–8.
- [7] Evans D, Pearson A. Systematic reviews of qualitative research. *Clin Eff Nurs* 2001;5(3):111–9.
- [8] Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008;8(1):45.
- [9] Noblit GW, Hare RD. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. *SAGE* 1988 [112 p].
- [10] Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005;366(9488):825–31.
- [11] Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *J Adv Nurs* 2006;53(3):311–8.
- [12] Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Med Res Methodol* 2008;8(1):21.
- [13] Lakeman R, FitzGerald M. How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *J Adv Nurs* 2008;64(2):114–26.

- [14] Lachal J, Orri M, Speranza M, Falissard B, Lefevre H, Moro M-R, et al. Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2013;14(5):351–68.
- [15] De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. «Données épidémiologiques: comment s'y retrouver?». *Arch Pediatr* 2010;17(8):1202–9.
- [16] National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2004 [cited 2013 Aug 22] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56385/>
- [17] Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009;194(2):104–10.
- [18] Evans D. Database searches for qualitative research. *J Med Libr Assoc* 2002;90(3):290–3.
- [19] Flemming K, Briggs M. Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. *J Adv Nurs* 2007;57(1):95–100.
- [20] Shaw RL, Booth A, Sutton AJ, Miller T, Smith JA, Young B, et al. Finding qualitative research: an evaluation of search strategies. *BMC Med Res Methodol* 2004;4(5) [cited on internet 2012 Mar 21] <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/4/5>
- [21] Hannes K, Booth A, Harris J, Noyes J. Celebrating methodological challenges and changes: reflecting on the emergence and importance of the role of qualitative evidence in Cochrane reviews. *Syst Rev* 2013;2(1):84.
- [22] Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Qualitative research and Cochrane reviews. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons; 2011.
- [23] Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative research checklist [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 21]. available from: <http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Qualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf>
- [24] Bondas T, Hall EOC. Challenges in approaching meta-synthesis research. *Qual Health Res* 2007;17(1):113–21.
- [25] Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *J Adv Nurs* 2005;50(2):204–11.
- [26] Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc* 2008;28(04):449–72.
- [27] Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obes Rev* 2010;11(5):338–53.
- [28] Everall RD, Bostik KE, Paulson BL. Being in the safety zone: emotional experiences of suicidal adolescents and emerging adults. *J Adolesc Res* 2006;21(4):370–92.
- [29] Fenaughty J, Harré N. Life on the seesaw: a qualitative study of suicide resiliency factors for young gay men. *J Homosex* 2003;45(1):1–22.
- [30] Medina C, Luna G. Suicide attempts among adolescent Mexican American students enrolled in special education classes. *Adolescence* 2006;41(162):299–312.
- [31] Medina CMO, Dahlblom K, Herrera A, Kullgren G. I keep my problems to myself: pathways to suicide attempts in Nicaraguan young men. *Suicidal Online* 2011;2:17–28.
- [32] Keyvanara M, Haghsheenas A. Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *East Mediterr Health J* 2011;17(6):529–35.
- [33] Sun R, Hui E. Building social support for adolescents with suicidal ideation: implications for school guidance and counselling. *Br J Guid Couns* 2007;35(3):299–316.
- [34] Walsh SM, Minor-Schork D. Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Appl Nurs Res* 1997;10(1):19–26.
- [35] Yang S. A life history of a Korean adolescent girl who attempted suicide. *Death Stud* 2012;36(3):253–69.
- [36] Bostik KE, Everall RD. In my mind I was alone: suicidal adolescents' perceptions of attachment relationships. *Int J Adv Couns* 2006;28(3):269–87.
- [37] Everall RD. The meaning of suicide attempts by young adults. *Can J Couns* 2000;34(2):111–25.
- [38] Zayas L, Gulbas L, Fedoravicius N, Cabassa L. Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by young Latinas. *Soc Sci Med* 2010;70(11):1773–9.
- [39] Diamond GM, Shilo G, Jurgensen E, D'Augelli A, Samarova V, White K. How depressed and suicidal sexual minority adolescents understand the causes of their distress. *J Gay Lesbian Ment Health* 2011;15(2):130–51.
- [40] Bennett S, Coggan C, Adams P. Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Soc Sci Med* 1982 2003;57(2):289–99.
- [41] Herrera A, Dahlblom K, Dahlgren L, Kullgren G. Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua. *Soc Sci Med* 2006;62:805–14.
- [42] Shilubane HN, Ruiters RAC, Bos AER, van den Borne B, James S, Reddy PS. Psychosocial determinants of suicide attempts among black South African adolescents: a qualitative analysis. *J Youth Stud* 2012;15:177–89.
- [43] Jo KH, An G, Sohn KC. Qualitative content analysis of suicidal ideation in Korean college students. *Collegian* 2011;18(2):87–92.
- [44] Sinclair J. Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ* 2005;330(7500):1110–2.
- [45] Bennett S, Coggan C, Adams P. Young people's pathways to well-being following a suicide attempt. *Int J Ment Health Promot* 2002;4(3):25–32.
- [46] Baker D, Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis* 2008;(3):118–22.
- [47] Jordan J, McKenna H, Keeney S, Cutcliffe J, Stevenson C, Slater P, et al. Providing meaningful care: learning from the experiences of suicidal young men. *Qual Health Res* 2012;22(9):1207–19.
- [48] Paulson BL, Everall RD. Suicidal adolescents: helpful aspects of psychotherapy. *Arch Suicide Res* 2003;7(4):309–21.
- [49] Greidanus E, Everall RD. Helper therapy in an online suicide prevention community. *Br J Guid Couns* 2010;38(2):191–204.
- [50] Everall RD, Altrows KJ, Paulson BL. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. *J Couns Dev* 2006;84(4):461–70.
- [51] Orri M, Paduanello M, Lachal J, Falissard B, Sibeoni J, Revah-Levy A. Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: the (neglected) role of revenge. *PLoS ONE* 2014;9(5):e96716.
- [52] Rodham K, Gavin J, Miles M. I hear I listen and I care: a qualitative investigation into the function of a self-harm message board. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(4):422–30.
- [53] Bostik KE, Everall RD. Healing from suicide: adolescent perceptions of attachment relationships. *Br J Guid Couns* 2007;35(1):79–96.
- [54] Anderson J, Hurst M, Marques A, Millar D, Moya S, Pover L, et al. Understanding suicidal behaviour in young people referred to specialist CAMHS: a qualitative psychoanalytic clinical research project. *J Child Psychother* 2012;38(2):130–53.
- [55] Beekun R, Valjee SR, Collings SJ. An emic perspective on the dynamics of non-fatal suicidal behaviour in a sample of South African Indian women. *South Afr J Psychol* 2011;41:63–73.
- [56] Everall RD, Bostik KE, Paulson BL. I'm sick of being me: developmental themes in a suicidal adolescent. *Adolescence* 2005;40(160):693–708.
- [57] Bergmans Y, Langley J, Links P, Lavery JV. The perspectives of young adults on recovery from repeated suicide-related behavior. *Crisis* 2009;30(3):120–7.
- [58] INPES. Prévention primaire du suicide des jeunes. Paris: Éditions CFES; 2001.
- [59] Anderson M, Standen PJ, Noon JP. A social semiotic interpretation of suicidal behaviour in young people. *J Health Psychol* 2005;10(3):317–31.
- [60] Slovak K, Singer J. Engaging parents of suicidal youth in a rural environment. *Child Fam Soc Work* 2012;17(2):212–21.
- [61] Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2008;13(4):493–504.
- [62] Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experiences. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43(3):22.
- [63] Oldershaw A, Richards C, Simic M, Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2008;193(2):140–4.

- [64] Raphael H, Clarke G, Kumar S. Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Educ* 2006;106(1):9–20.
- [65] Knafo A, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Mille C, Mirkovic B, et al. Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(7):431–6.
- [66] OMS | Hospitalisation des personnes ayant commis un acte d'autoagression. WHO. [cited on Internet 2015 Jan 16] Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q6/fr/
- [67] Baubet T, Moro MR. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Elsevier Masson; 2009 [316 p].
- [68] Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(2):222–37.
- [69] Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol* 2008;63(1):14–31.
- [70] Joe S, Canetto SS, Romer D. Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2008;38(3):354–62.
- [71] Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in Developing Countries (2). *Crisis* 2005;26(3):112–9.
- [72] Zayas LH, Pilat AM. Suicidal behavior in Latinas: explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide Life Threat Behav* 2008;8(3):334–42.
- [73] Osafo J, Hjelmeland H, Akotia CS, Knizek BL. The meanings of suicidal behaviour to psychology students in Ghana: a qualitative approach. *Transcult Psychiatry* 2011;48:643–59.
- [74] World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1