



HAL
open science

Étude descriptive concernant l'utilisation du plan de sécurité chez les adolescents à risque de comportement suicidaire par les professionnels de santé

Amélie Boquain

► **To cite this version:**

Amélie Boquain. Étude descriptive concernant l'utilisation du plan de sécurité chez les adolescents à risque de comportement suicidaire par les professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04338570

HAL Id: dumas-04338570

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04338570v1>

Submitted on 12 Dec 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement Par **Amélie BOQUAIN**

Le 26 mai 2023.

Étude descriptive concernant l'utilisation du plan de sécurité chez les adolescents à risque de comportement suicidaire par les professionnels de santé.

Directrice de thèse : Mme le Professeur Diane PURPER-OUAKIL

JURY

Présidente : Mme le Professeur Diane PURPER-OUAKIL

Assesseurs : Mme le Professeur Amaria BAGHDADLI, Mme le Docteur Hala KERBAGE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANSON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANSON François	PEGURET Claude
ASTRUO Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFARGUE Françoise	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean-Gabriel	RABICHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUE Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean-Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANGARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESSBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ Françoise Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORROT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie-Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	FRERESEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL Françoise	GALIFER René-Benoît	MARTYANE Charles	SEGHARDEUX Françoise
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arièle
BRUEL Jean-Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL Françoise-Bernard	TOUTOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUITER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON Bertrand	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

Professeurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	JONQUIET Olivier	VOISIN Michel
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BLANC François	LARREY Dominique	
BONAFÉ Alain	LE QUELLEC Alain	
BOULENGER Jean-Philippe	MARÉ Pierre	
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry	
BRINGER Jacques	MAURY Michèle	
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick	
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand	
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis	
DAUZAT Michel	MOURAD Georges	
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian	
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy	
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean	
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François	
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles	
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques	PRAT Dominique
HERISSON Christian	UZIEL Alain	PUJOL Joseph

Docteurs Emerites

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PULPH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et Imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CANOVAS François	Anatomie
CAPODEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUSÉS Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et Imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZIG Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUDE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MELNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PLUOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PILPH de 1^{ère} classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BAGHDADI Amara	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORRE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CAPIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALJA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Keda	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOIND Vincent	Médecines infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MATECKI Sławek	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKI Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
SULTAN Ariane	Nutrition
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPOVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FALLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GALLOUX Vals Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Magie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibaut	Bioéthétiques, informatique médicale et technologies de la communication
QUE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Eric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COUINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDI CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Etienne

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BOSSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEH Stéphanie (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophthalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL
Valérie Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-SLAZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Minelle Génétique

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVONE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PANTEL Alb	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SCHUSTER-BECK Ina	Physiologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOU Arne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Bioéthiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
ENGELMANN Ika	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynécologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maîtres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

POLOO-LOGNOS Béatrice
CARSONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LÓPEZ Antonio
MINET Mathilde
PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGHEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULADCHAND Radiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MICOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaëtan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargé d'enseignement

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BROHER Jonathan	FILLERON Anna	MATTATIA Laurent	SENESE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Milarie	MEROUCH Fadl	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julia	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI El Mehdi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moline	SOLA Christelle
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry	GAUMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabella
AROUZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOGER Camille	TEOT Luc
BADR Malika	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jo	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	WACHERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORSEAU Catherine	JAMMET Patrick	PIOOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	CORCOAN Floria-Cara	JEDRYKA François	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERNOWSKI Laetitia
BENNYN Karim	CUNTZ Daniela	KINNE Milarie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Corinne	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Auroni	LABORDE Caroline	RAPPARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DESSEN Blake	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Hélène	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DIANKAN Rom	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassen	FAIDHERSE Jacques	LUCIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent	MARGUERITTE Emmanuel	SCHULDNER Sophie	...

Remerciements :

Aux membres du jury,

Madame le **Professeur Diane PURPER-OUAKIL**, je vous remercie sincèrement pour la bienveillance et le soutien que vous m'avez accordé durant ces années d'internat à Montpellier. Je suis très honorée d'avoir mené ce projet de thèse à vos côtés. Merci de présider ce jury également. Je vous suis grandement reconnaissante pour votre écoute, vos corrections et conseils, pour tout le temps passé à m'épauler.

Madame le **Professeur Amaria BAGHDADLI**, je vous remercie grandement d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de vous être intéressée à mon projet. J'ai passé mes premiers pas dans la pédopsychiatrie dans votre service, au MPEA à Peyre Plantade, et cela m'a définitivement convaincue de poursuivre dans cette voie. Merci pour votre gentillesse, votre accessibilité et votre bienveillance.

Madame le **Docteur Hala KERBAGE**, je te remercie énormément d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. J'ai passé l'un des meilleurs stages de mon internat à tes cotés. Merci pour ta bienveillance, ta gentillesse, ton écoute et ta pédagogie. Ce fut un plaisir de travailler avec toi et j'espère que l'on aura l'occasion de travailler ensemble.

Aux médecins et collègues que j'ai rencontrés durant mon internat,

Merci à l'équipe de Peyre Plantade, et particulièrement au Dr Fanny Grossmann. Je te remercie de m'avoir encadrée et soutenue durant mon premier stage en pédopsychiatrie. J'ai adoré ces 6 mois à travailler avec toi. Cela m'a confortée dans le choix de poursuivre en pédopsychiatrie. Merci à mes co-internes Benjamin, Clémentine, Claire, Leila, Margaux, Marion, Pauline et Valentin, ce semestre été a été un bonheur, notamment les pauses post-staff ensemble.

Merci à l'équipe de l'UPUP, en particulier au Dr Marine Bonnin. Je te remercie de m'avoir accompagnée et soutenue. Tu m'as apportée beaucoup de connaissances durant ce premier stage chez les adultes, tu as été une cheffe en or. Merci également au Dr Lucile Villain, pour ta gentillesse et tes conseils. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Merci à mes co-internes, Aurèle et Esther. Sans vous, ces moments dans ce petit bureau n'aurait pas été aussi agréable. On aura bien travaillé (et bien rigolé !).

Merci au Dr Clarence Ha, J'ai énormément apprécié ce stage HDJ ado, merci pour ta spontanéité, ta gentillesse, ton humour. Merci à mes co-internes Hanaé, Julien, Margaux, Pauline et Yassine. Encore un semestre d'été de qualité passé avec vous.

Merci au Dr Deffinis et au Dr Schenk pour vos attentions. Un énorme merci à un co-interne pas comme les autres, le Pr Fraté Nicolas. Merci pour ton soutien durant le stage, et pour ces moments de rigolades qui continuent encore.

A l'équipe d'hospitalisation MPEA à St Eloi, merci énormément pour votre accueil, votre bonne humeur. Je me suis senti complément intégrée parmi vous, vous avez été d'un grand soutien. Ces 6 mois étaient trop courts. Merci encore au Dr Hala Kerbage, tu as été une cheffe exceptionnelle. Et pour mes co-internes, Arnaud, Constance, Emma, Eléonore, Margaux, vous avez été au top.

A l'équipe de l'UJA, merci pour votre accueil et votre professionnalisme. Dr Alexandra Carré, je te remercie pour ta gentillesse et ta guidance durant ces 6 mois.

A l'équipe TCA, à Camille, Charles et Jules. Merci pour ce premier mois qui est passé très vite, ou j'ai déjà pu apprendre plein de choses dans la bonne humeur ! Hâte de poursuivre ce semestre avec vous.

Enfin, merci à tous les professionnels de santé ayant acceptés de participer et de donner de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, dans ce long parcours, de la première année de médecine jusqu'à maintenant. Merci de m'avoir permis de m'épanouir dans un environnement plein d'amour. Merci d'être toujours là pour moi. Vous m'avez transmis de belles valeurs. J'espère vous avoir rendu fière et vous rendre encore fière les prochaines années.

A ma maman adorée, merci pour avoir ce cœur en or et cette générosité ENORME. Merci d'être ma meilleure amie, à qui je peux tout confier. Merci pour tous ces moments de détente qu'on a passés ensemble, pour les petits chocolats chauds fait avec amour, pour les sessions shopping sans fin, et tant d'autres choses... Notre relation est si belle et fusionnelle, merci d'être là. Je t'aime.

A mon papa, merci d'être celui que tu es, pour ta bonne humeur et ta gentillesse à toute épreuve. Tu es mon modèle depuis toujours, tu m'as permis de me dépasser et de donner le meilleur de moi-même. Notre relation est unique et j'espère qu'elle le sera toujours. Je t'aime.

A mon petit frère, Quentin, on a été inséparable pendant toute notre enfance, toujours là dans les mauvais coups et les combats de catch. Tu as plein de qualités, tu es beau, gentil, honnête, passionné. Tu es un pilier dans ma vie. Même avec la distance, je sais qu'on sera toujours là l'un pour l'autre. Viens vivre dans le sud quand même !

A Mamie & Papy, grâce à vous, j'ai pu passer des vacances d'été fantastiques, en famille, on était réunis, tous ensemble, on était bien. Ces moments dans la piscine, les balades en vélo, les parties de monopoly, les apéro/repas incroyables (merci pour les crêpes Mamie !), et les multiples activités qu'on a pu faire ensemble. A mon arrivée à Montpellier, vous avez été là pour moi, vous avez été un soutien énorme et je ne vous remercierai jamais assez. Merci pour votre gentillesse, vous avez tous les deux un grand cœur.

A Papy André, tu aurais été fier de ta princesse je le sais. Tu m'as apporté beaucoup d'amour et tu resteras pour toujours dans mon cœur. En ce jour spécial, je pense à toi et je ne t'oublie pas.

A Josette et Michel, vous m'avez soutenu et suivi à chaque étape de ma vie. Merci du fond du cœur.

A ma tante Chantal, a Claude, ma cousine Cécile, ma petite cousine Noha. Je suis heureusement de vous compter dans ma vie, merci pour votre soutien et votre gentillesse.

A mes copines de toujours,

Nadine, ça fait maintenant 25 ans que tu me supportes, tu détiens le record et il risque encore de s'agrandir ! Tu es une fille avec un cœur énorme, tu peux tout faire pour tes proches et tu as toujours été là pour moi. Tous ces moments partagés, nos délires par milliers (si on doit les citer depuis la maternelle on serait mal barrée). Jura, Freiburg, Kohn, Grèce, Astérix (x10), Paris (x15), Disney (x20), Aquaboulevard, Montpellier, Grenoble, Moselle, et Canadaaa. Tant de destinations ensemble et tant de bons souvenirs. Malgré la distance, je sais que notre amitié est inébranlable et qu'on ne se lâchera jamais, c'est pour la vie !

Aurélia, mon évidence à retardement ! La première année au lycée n'a pas été fluide entre nous, mais dès qu'on a appris à se connaître, c'était très fort, une évidence ! Tu es une des rares personnes avec qui je peux être moi-même, avec qui je peux tout dire, on peut rire de tout avec toi ! Reste la même, toi & moi on est reparti pour 10 ans d'amitié (au moins !)

Anaïs, mon coup de cœur. Tu es ma copine de loin la plus folle. Tu es la personne qui me fait le plus rire, chaque appel/moment avec toi est un fou rire garanti ! Tu nous as parti de dépasser nos limites et de faire des folies. Nos voyages ensemble sont inoubliables, des souvenirs intenses. Tu n'imagines pas à quel point tu comptes pour moi. Tu me manques, reviens vite en France !

A mon meilleur ami,

Mon riric. Qui peut imaginer d'une rencontre sous une bouteille d'Orangina géante peut changer une vie. Car oui, tu le sais, tu as changé ma vie. Tu es tellement généreux, passionné, attentionné, courageux, toujours à mon écoute. Certes tu as un humour douteux, mais qui me fait tellement rire. Tu t'es incrusté dans ma vie tel un vilain gamin, et tu n'es pas prêt d'en sortir. On va vivre notre best life !

Mes copains de lycée et d'avant

Pauline, depuis le collège, merci pour ses belles années, à nos retours en bus remplis de fou rire, nos délires et nos bêtises de lycéennes (Babar ou B/). On formait une belle bande.

Clément et Demintha, mes copains de terminale. Depuis toutes ses années, on a réussi à rester en contact et je suis très heureuse de vous compter parmi mes amis. Vous êtes au top ne changez rien !

Gaétan, qui aurait cru que ces vacances à Marseillan m'aurait permis de rencontrer un ami comme toi. Merci d'être mon informaticien préféré, et d'être toujours là pour moi.

A mes amis de l'externat :

Audrey, Claire, Emmanuelle, Julie : Merci pour m'avoir accueilli alors que je débarquais de ma campagne parisienne à Montpellier. Ces années d'externat n'auraient pas été les mêmes sans vous. Les soirées où vous nous prépariez des repas de chef (et moi l'apéro), les débats s'il fallait cocher la case A ou B, les soirées à l'Austra, ç'était génial de partager ces moments avec vous les copines.

Claire, ma rigolote et jolie copine, toujours partante pour sortir et faire pleins de choses ! Tu as toujours été présente pour moi, tu es quelqu'un d'extraordinaire et je vais te garder près de moi encore de nombreuses années !

Emmanuelle, tellement drôle et originale, tu es une copine unique, y'en a pas deux comme toi ! On pourrait parler pendant des heures sans jamais s'ennuyer. Tu comptes énormément pour moi.

Simar, tu es tellement solaire, passer une soirée avec toi redonne le sourire instantanément. Notre escapade bordelaise reste un souvenir mémorable. Hâte de préparer notre prochaine escapade.

Nico, maintenant tu fais partie de la Team ! Toujours le sourire et la petite blague qui fait rire, merci d'aimer aussi le biathlon (on se sent moins seul d'un coup haha).

A mon ancien colloc, Robin, cette colloc qui ne devait être que « de passage » est devenu une colloc de rêve, on n'aurait jamais pensé qu'on allait devenir aussi complice ! Nos débats, nos soirées pizzas, nos moments de rigolades (pas qu'à cause des chatouilles). Tu es devenu un ami précieux.

A mes amis rencontrés pendant l'internat :

A mes amis de Béziers, Alice, Antoine, Arthur, Béné, Laeti, Léna, Lola, Marine, Maud, Micka,,Paola Pauline, Soufiane, Romain, Thomas. L'entrée dans l'internat a été une folie grâce à vous. La team jungle, 7 mois de rires, de défis, de soirées coconing et de fêtes!

Plus particulièrement,

A Alice, tu es un petit rayon de soleil, toujours motivée, avec un dynamisme à toute épreuve ! Merci de m'avoir fait découvrir les sessions escalade en falaise, c'est fou. Tu es une amie incroyable.

A Marine et Laetitia, pour les moments passés ensemble d'abord à l'internat (la zumba, les covid challenge, dancefloor, et j'en passe) puis nos soirées à discuter de nos petites aventures (toujours pleines de rebondissements) et les soirées à faire la fête. Les vacances à Minorque, c'était juste dingue ! Vous êtes au top les copines.

A Maud, aux multiples talents, meilleure partenaire d'obstacle, de chant, de zumba, et de peinture ! Hâte de pouvoir faire des sessions wakeboard avec toi !

A mes frères, ma team Babypong : Merci pour nos délires, nos rigolades du midi, les débrief koh lanta, le baby, le ping pong, les beerpong/karaoté/blindtest et j'en passe...

Nico, dans les épreuves (trav) on est devenus plus fort. L'honneur. Tu me fais rire, n'arrête jamais tes blagues approximatives. Tu es un ami précieux, ne change rien, tu es parfait (prend pas le melon fr).

Ma petite Constance, tellement de bons moments partagés, tu es devenue une amie inestimable en si peu de temps ! Des soirées batchata, aux soirées techno en passant par des shooting, du shopping, des karaoké britney, on aura tout fait bientôt, mais on continu, rien à perdre ! On peut tout se dire et on peut compter l'une sur l'autre quoi qu'il arrive. Je t'adore <3

A ma promo 2019, et en particulier à Arnaud, Aurèle, Camille, Emma, Fanny, Hanaë, Margaux, Marion, Orane, Philippe, Romain, Sarah, Valérian. Promo pas si fragile au top !

Camille, Emma, Fanny, Hanaë, Marion, Margaux Orane et Sarah, les petites pépettes, des filles en or, merci pour les soirées filles passées ensemble.

Margaux, ma première rencontre dans cette team psy, et quelle rencontre ! Tu as été une évidence, tout de suite j'ai su que tu allais devenir une très belle amie. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur, reviens vite nous voir à Montpellier.

Pierre, merci, c'est grâce à toi que je vois enfin clair ! Toutes ces parties de tarot resteront dans mon cœur, merci de mettre ton 21 pour sauver mon petit.

Philippe, merci pour tes sessions papotage post supa, c'est toujours un plaisir de discuter avec toi.

Sandra et Claire, merci de m'avoir tout appris (je parle du tarot bien sûr), hâte de pouvoir de nouveau travailler avec vous bientôt.

Leila, douce et souriante, j'ai beaucoup aimé pouvoir passer du temps avec toi.

Eléonore B, positive et rigolote, les sessions escalade et apéros entre copines sont toujours un plaisir. A poursuivre cet été !

Eléonore C, c'est toujours un plaisir de discuter avec toi. Bon courage avec les petits ados que je t'ai laissés mais tu vas gérer j'en suis sûr.

Maxime, partenaire de pot de thèse ! J'espère qu'on aura l'occasion de se croiser plus régulièrement le prochain semestre.

Tables des matières :

Liste du corps enseignant	2
Remerciements :	15
Introduction générale :	22
Liste des abréviations :	22
Abstract:	23
I. Introduction	24
II. Méthode	27
A. Participants	27
B. Questionnaire	27
C. Critères d'évaluations	27
III. Résultats	28
IV. Discussion	32
V. Conclusions.....	34
VI. Bibliographie	35
VII. Annexes :	37
Serment.....	43
Résumé.....	44

Introduction générale

J'ai choisi un sujet de pédopsychiatrie car c'est une spécialité que j'ai découvert durant l'internat et qui m'a tout de suite passionnée. Travailler au contact des enfants et adolescents a toujours fait partie de mes envies. De plus, je suis intimement convaincue d'après ma jeune et courte expérience que le plan de sécurité est un outil efficace. Il a permis à de nombreux adolescents de surmonter des moments difficiles. C'est pour cette raison que j'ai proposé ce sujet au Pr. Purper-Ouakil, qui m'a guidée et soutenue dans ce projet.

Glossaire :

PS : Plan de sécurité

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IRB: Institutional Review Board

MPEA: Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents

PS : Plan de sécurité

TS : Tentative de suicide

UCAP: Unité de Court Séjour pour Adolescents en Psychiatrie

UJA : Unité Jeunes Adultes

Abstract :

Introduction : La crise suicidaire est une crise psychique s'inscrivant dans un contexte de vulnérabilité avec émergence et expression d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide. L'adolescence est une période particulièrement à risque, notamment chez les adolescents ayant déjà réalisé une tentative de suicide. Il s'agit donc d'un problème de santé publique important. Le Plan de sécurité est un outil de prévention des récurrences suicidaires. Le plan de sécurité est une intervention brève, de 20 à 40 minutes, hautement structurée. Les PS sont élaborés avec les suicidants au décours de la crise suicidaire, en collaboration avec différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues...).

Par conséquent, nous souhaitons récolter plus de données concernant l'utilisation et les expériences personnelles des soignants au cours de la mise en œuvre du PS chez les adolescents.

Méthodes : Un questionnaire avec des questions fermées et une question ouverte a été construit. Il a ensuite été soumis à un panel de professionnels de santé, travaillant dans des services de psychiatrie au CHU de Montpellier au contact d'adolescents dans différents services. Le questionnaire issu de cette étude a été rempli en ligne par un échantillon clinique de 110 personnes. Notre objectif principal est de décrire les expériences personnelles des soignants au cours de la mise en œuvre du PS chez les adolescents à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne.

Résultats : La totalité des professionnels de santé avaient connaissance de l'outil plan de sécurité, avec une utilisation récente de l'outil pour la grande majorité d'entre eux. La temporalité de l'utilisation de PS était très variable. Le PS était utilisé dans de nombreux services (urgences, hospitalisations, consultations). Les parents semblent peu impliqués dans l'élaboration du PS. La recherche d'un précédent PS et la réévaluation du PS à distance ne sont pas réalisés systématiquement par de nombreux professionnels. Il n'y a pas de PS universel, le contenu peut varier. Le PS est une intervention globalement acceptée et les professionnels de santé ressentent une efficacité à le réaliser. Cependant, la principale limitation retrouvée est le manque de collaboration de l'adolescent. Le manque de temps durant l'entretien était une limite fréquemment retrouvée. Il existe une demande en formation au PS, malgré qu'une partie des professionnels soit formés et/ou à l'aise avec l'utilisation du PS.

Conclusion : Le plan de sécurité est une partie intégrante des soins reçus par un adolescent dans la prévention du suicide. Son domaine d'action est large, car il est utilisé dans de nombreuses situations cliniques différents : état clinique de l'adolescent variable, plusieurs lieux d'utilisation, délai variable. Cependant, des lacunes dans la formation et des incohérences dans l'utilisation du plan de sécurité indiquent un besoin de formations supplémentaires, ce qui est cohérent avec la demande de formations des professionnels de santé de cette étude.

I-Introduction

La crise suicidaire est une crise psychique s'inscrivant dans un contexte de vulnérabilité avec émergence et expression d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide. Les idées suicidaires peuvent se définir comme l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort. Cette définition englobe le souhait de mourir ou d'être mort. Le suicide est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Le suicide interroge d'autant plus l'ensemble de la société lorsqu'il est perpétré par un jeune adolescent. Selon l'OMS, la tentative de suicide est tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique.

L'adolescence est définie par des critères biologiques, sociaux et culturels. La recherche identitaire inhérente à cette période de la vie, processus « physiologique », peut devenir source de mal-être. L'adolescence est aussi la période de vie au cours de laquelle certains troubles psychiatriques débutent. Il est préconisé de ne pas fixer de borne d'âge dans la conception des stratégies de prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent.

L'adolescence est une période particulièrement à risque, le suicide étant la troisième cause de mortalité chez les 10-14 ans et la deuxième cause de décès chez le 15-24 ans (1). La particularité du suicide chez l'adolescent est qu'il peut survenir en dehors de tout contexte de dépression. La crise suicidaire chez les adolescents peut se manifester dans un contexte de baisse des résultats scolaires, une attirance pour la marginalité, des conduites déviantes (conduites addictives), des conduites d'anorexie/boulimie, des prises de risques (notamment sexuelles), de violence sur soi ou sur autrui. Le moyen généralement utilisé chez les adolescents durant la crise suicidaire est l'intoxication médicale volontaire.

Les dernières recommandations de la HAS concernant la prévention et les principes thérapeutiques des idées et comportements suicidaires ont été révisées en 2021 (2). En France, en 2016, le nombre global de décès par suicide tous âges confondus était de 8 435. Vingt-six décès par suicide ont été enregistrés dans la tranche d'âge des moins de 14 ans et 352 dans la tranche d'âge 15-24 ans. Le nombre de tentatives de suicide (TS) est plus difficile à mesurer. On estime qu'entre 150000 et 200000 TS donnent lieu à un contact avec les soins en France soit une TS toutes les 4 minutes.

En France, en 2014, près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclarent avoir fait au cours de leur vie une TS ayant entraînée une hospitalisation, et un adolescent sur dix (10,4 %) avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 derniers mois (3). Un antécédent personnel de TS est le facteur de risque le plus prédictif d'un geste suicidaire chez l'adolescent. Le risque relatif serait 20 fois supérieur à celui des adolescents n'ayant jamais fait de TS. Environ un tiers des suicidants récidivent au cours de la première année, et 1 à 2 % des suicidants décèdent par suicide dans ce délai. (4). Le taux de décès par suicide au cours de la vie chez les sujets ayant tenté de se suicider est de plus de 10%. Les autres facteurs prédictifs de TS sont la mauvaise qualité de vie, l'absence d'études et la présence de symptômes de troubles mentaux (5).

Devant un adolescent présentant des symptômes de mal être, un professionnel de santé devra l'interroger sur d'éventuelles idées suicidaires. En effet, poser la question ne précipite pas le passage à l'acte comme on pourrait le penser mais au contraire donne à l'adolescent l'occasion d'en parler, de se sentir reconnu et compris, demander de l'aide devient plus facile (6). Les idées suicidaires ou une tentative de suicide chez un adolescent ne doivent jamais être banalisées. L'adolescent manque d'autres moyens pour exprimer ses difficultés, ne trouve pas de solutions valables pour résoudre ses problèmes. Cela nécessite un bon repérage et des propositions de soins adaptées, dont le PS fait partie.

Il existe plusieurs stratégies qui ont montré la preuve de leur efficacité dans la prévention du suicide notamment la formation des médecins à la prise en charge de la dépression, la lutte contre l'accès aux moyens létaux, la promotion de toutes les mesures qui permettent la continuité des soins, certaines stratégies médicamenteuses ou psychothérapeutiques spécifiques (7). Le plan de sécurité fait partie des stratégies ayant prouvé leur efficacité dans la prévention du suicide chez l'adulte (8).

Chez un adolescent ayant des idées suicidaires ou ayant réalisé une tentative de suicide, le plan de sécurité (PS) est un outil de prévention des récurrences suicidaires. Il est défini par Stanley et Brown en 2008. Ils le décrivent comme une liste écrite et priorisée de stratégies d'adaptation et de ressources d'aide qu'un patient peut utiliser avant et pendant une crise suicidaire. Cette liste comporte généralement plusieurs catégories (9) :

- Identification des signaux d'alarme associés à une aggravation de la crise suicidaire.
- Renforcement des stratégies de coping.
- Sécurisation de l'environnement en limitant l'accès aux moyens de suicide
- Mobilisation du réseau social de proximité.
- Renforcement de l'adhésion au suivi et mise à disposition de ressources en cas d'urgence.

Le PS est une intervention brève, de 20 à 40 minutes, hautement structurée. Les PS sont élaborés avec les suicidants au décours de la crise suicidaire, en collaboration avec différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues...). La nature collaborative du PS est un gage de son efficacité. Par exemple, la deuxième étape prévoit des stratégies d'adaptation qui sont propres au patient. Cette liste peut se révéler inutile si elle est établie uniquement par le clinicien. Cette stratégie thérapeutique s'appuie sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et privilégie l'auto-observation et la psychoéducation. Le PS a prouvé son efficacité dans de nombreuses études mais il a été principalement étudié dans une population adulte, notamment l'étude de Stanley et Brown en 2012 où l'utilisation de cet outil montre une diminution significative des tentatives de suicide. (8)

Il existe moins de données dans la population des adolescents. Des études notamment sur la faisabilité et l'accessibilité du PS associé à une psychothérapie comme la TCC ont montré une bonne acceptabilité et faisabilité de cet outil. Par conséquent, il est recommandé de recourir au PS comme l'un des outils de prévention de la réitération suicidaire chez l'enfant ou l'adolescent tout en rappelant que la construction d'un plan de sécurité nécessite une formation spécifique (grade C des recommandations de la HAS) (2).

A ce jour, aucune étude ne s'est intéressée à la formation et à la bonne utilisation de cet outil par les professionnels de santé au contact des adolescents. Nous étudierons ces aspects à l'aide d'un questionnaire adressé aux professionnels de santé dans le cadre d'une étude qualitative. Une meilleure compréhension des expériences des professionnels et des obstacles potentiels peut contribuer à la réussite de la mise en œuvre de l'intervention.

II-Méthode :

Notre étude est une enquête descriptive, transversale, déclarative, monocentrique menée entre janvier et février 2023. L'Institutional Review Board (IRB) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier a approuvé l'étude.

A-Participants :

Les participants étaient tous des professionnels de santé (infirmiers, psychologues, médecins...) travaillant au CHU de Montpellier. Le recrutement s'est étendu à plusieurs services de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Les participants ont répondu entre le mois de janvier et février 2023. Au total, le questionnaire a été envoyé à 110 personnes.

B. Questionnaire :

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire (Voir Annexe 1), diffusé via leur boîte mail professionnelle, spécialement conçu pour recueillir des données principalement sur l'utilisation et la formation au plan de sécurité chez l'adolescent. Ce questionnaire est composé de 16 questions, 15 questions fermées et une question ouverte. Le questionnaire prenait environ 10 minutes à compléter. Des données démographiques tel que le genre, l'âge, la profession ont été recueillies, ainsi que diverses informations concernant la mise en application du PS, sur les besoins en formations pour l'utilisation de cet outil. Le questionnaire en ligne a été conçu avec Formstack (Formstack, LCC - Fishers, Indiana, USA) par l'investigateur (CL). FORMSTACK est un logiciel d'enquête pour l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Ce logiciel a été choisi en raison de ses multiples options de personnalisation, de sa capacité à exporter les données sous forme de fichiers Microsoft Excel. En outre, il offre de solides fonctionnalités de protection des données personnelles. Une explication sur le but du questionnaire a été donnée aux participants.

C. Critères d'évaluation :

Notre objectif principal est de décrire les expériences personnelles des soignants au cours de la mise en œuvre du PS chez les adolescents à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne. Pour cela, nous avons fait une description de la population travaillant au contact des adolescents. Nous allons nous intéresser particulièrement à l'application du PS comme outil clinique (patients, temporalités d'utilisation, lieux), aux formations déjà effectuées par les professionnels et aux éventuels besoins de formation. Nous nous sommes également intéressés aux obstacles que rencontraient les patients et les soignants à l'élaboration du PS.

III. Résultats

Un total de 53 professionnels de santé a répondu au questionnaire entre janvier et février 2023. Le questionnaire a été diffusé à un nombre de 110 professionnels. Le taux de réponse est donc de 48%. Les questionnaires ayant moins de 10 questions répondus ont été exclus de l'analyse (6 questionnaires), ce qui nous donne un total de 47 questionnaires exploitables.

Population

Les professionnels participant à l'étude étaient en majorité des femmes (85 %). 38% des professionnels étaient des infirmiers, 28 % des internes en psychiatrie, 26 % des psychiatres et 9% des psychologues. Les deux tranches d'âge les plus représentées étaient les plus de 40 ans (34%) et les 26-30 ans (31,9%).

Variable	Modalité	Nombre	Pourcentage
Sexe	Femme	40	85,11
	Homme	7	14,89
Profession	Psychiatre	12	25,53
	Psychologue	4	8,51
	Infirmier	18	38,30
	Interne	13	27,66
Tranche d'âge	20-25ans	5	10,64
	26-30 ans	15	31,91
	31-35 ans	9	19,15
	Plus de 40 ans	16	34,04

Connaissance du PS

100% des professionnels de santé avaient connaissance de l'outil plan de sécurité. La majorité des professionnels de santé (95%) utilise le PS depuis moins de 5 ans. L'utilisation du PS est réalisée lorsqu'un adolescent a des idées suicidaires actives avec scénarios (100%), lorsqu'un adolescent a réalisé une TS récente (91,49%), lorsqu'un adolescent a des idées suicidaires passives (87%) et lorsqu'un adolescent a des comportements auto-vulnérants (63.83%).

Variable	Modalité	N	%
Type de patient	Pour un/e adolescent/e ayant fait une tentative de suicide récente	43	91,49
	Pour un/e adolescent/e ayant des idées suicidaires actives avec scénarios	47	100
	Pour un/e adolescent/e ayant des idées suicidaires, actives ou passives	41	87
	Pour un/e adolescent/e ayant des comportements auto-vulnérants sans intentionnalité suicidaire	30	63,83

Application du PS

63,83% des professionnels utilisent le PS dans un délai assez court après la tentative de suicide ou de l'évocation d'idées suicidaires mais lorsque les idées peuvent être mises à distance (deux semaines). 65,96% l'utilise à chaud, dès la tentative de suicide ou dès la première évocation d'idées suicidaires, lorsque les idées sont envahissantes. 44,48% des professionnels de santé l'utilisent aux urgences, 70,21% l'utilisent dans le service hospitalier de psychiatrie, 72,34% l'utilisent en consultation durant le suivi et 12,77% l'utilisent en psychiatrie de liaison.

20% des professionnels de santé impliquent les parents systématiquement dans le PS. 80% des professionnels de santé ne les impliquent pas de manière systématique (pour 40%, cela dépend si adolescent donne son accord, et pour 40% des cas ils ne sont jamais impliqués.)

Avant/Après le PS.

Dans 57,55 % des cas, le professionnel de santé ira rechercher systématiquement un PS réalisé dans le passé. 42,55% d'entre eux ne le recherchent pas systématiquement (27,66% des professionnels le recherchent parfois, 14,89% le PS existant est non recherché.)

Par la suite, le PS est réévalué systématiquement par 27,66% des professionnels de santé. 72,34% des professionnels de santé ne le retravaillent pas systématiquement (59,57% le réévaluent parfois, 12,77% ne le retravaillent jamais).

Contenu du PS

Tous les éléments pouvant faire partie d'un PS sont utilisés par la majorité des professionnels de santé. Les stratégies d'apaisement individuels est la partie la plus fréquemment utilisées (100%), les facteurs protecteurs sont la partie la moins recherchée (68,08%)

Acceptation du PS

68% des professionnels de santé n'ont jamais connu de refus du PS. 23,40% des professionnels déclarent être rarement face à des refus, 8,5% déclarent être souvent face à des refus.

Efficacité ressentie

La plupart des professionnels de santé retrouvent une efficacité et une utilité au PS : 80,85% trouvent qu'il permet d'augmenter les compétences de l'adolescent et de sa famille dans les stratégies de sortie de crise. 68,08% trouvent que le PS permet d'établir une communication avec l'adolescent à travers un format structuré. 44% trouvent que le PS est un outil dynamique qu'on peut souvent réévaluer en suivi.

57% déclarent que l'efficacité peut être limitée par la coopération/élaboration de l'adolescent. 4 % déclarent ne pas ressentir d'efficacité.

Limites du plan de sécurité

La limite principale trouvée pour 57,59% des professionnels est la collaboration/l'élaboration de l'adolescent. S'ensuit le manque de temps durant l'entretien retenu par 51% des professionnels.

D'autres limites ont été relevées comme le format papier qui peut se perdre facilement (42,55%), le manque de formation du clinicien (29,78%), le manque d'universalité du PS (27,66%). Un professionnel de santé notait le manque de communication entre les différents soignants autour du PS. Un professionnel notait également le manque d'accessibilité au PS déjà réalisé.

Question ouverte:

10 professionnels notaient que le PS pourrait être amélioré par l'utilisation d'un format numérique type application sur smartphone. 4 professionnels notaient que l'intégration et la disponibilité du PS systématiquement dans le dossier informatique du patient améliorerait l'utilisation du PS. La possibilité d'imprimer le PS était aussi relevée par 2 professionnels. Avoir un PS universel serait un point à améliorer pour 3 professionnels de santé. Un PS plus personnalisable et un PS pré-rempli avec des numéros d'urgences étaient suggérés par un professionnel de santé répondant à l'enquête.

Formation et aisance au PS

Les professionnels de santé ayant participé à notre enquête sont majoritairement à l'aise avec l'utilisation du PS (82,97%). 60% d'entre eux avaient déjà reçu une formation. Parmi les professionnels ayant reçu une formation, 89,3% se sentent à l'aise avec l'utilisation du PS contre 73,4% de ceux qui n'ont pas reçu de formation. Parmi les professionnels n'ayant pas reçu de formation, 17 personnes souhaitaient recevoir une formation au PS (89,5%). Parmi les professionnels ayant reçu une formation au préalable, 14 personnes souhaitaient recevoir une nouvelle formation au PS (50%).

IV. Discussion

Notre enquête auprès des professionnels de santé au contact des adolescents a permis de recueillir des renseignements à propos de leurs applications et leurs utilisations du PS dans leur pratique courante. Les analyses montrent, bien que le PS reste un outil de prévention récent, qu'il est connu par tous les professionnels de santé, quel que soit leur profession, leur âge. Dans la pratique courante, on remarque que son utilisation est très récente, moins de 5 ans pour la grande majorité des professionnels, ce qui montre que le PS est un outil en cours d'implantation dans la pratique courante. Cela peut s'expliquer par le fait que le PS est un outil de prévention du suicide créé récemment (8) et que les recommandations de la HAS du PS dans la prise en charge d'adolescents suicidaires date de moins de 2 ans (2).

Le PS est un outil de prévention polyvalent, car il peut être appliqué avec différents profils d'adolescents. Il peut être utilisé dans de nombreuses situations cliniques : il est utilisé quasi systématiquement chez les adolescents ayant réalisé une TS ou chez les adolescents ayant des idées suicidaires actives avec scénarios. On remarque également qu'il est présent dans la pratique courante des professionnels pour la prise en charge des adolescents avec idées suicidaires passives ou des comportements auto-vulnérants.

Il est transposable dans de nombreux services : il est le plus souvent utilisé au cours de consultation de suivi. Il est aussi très souvent utilisé au cours d'une hospitalisation en service de psychiatrie, ce qui peut s'expliquer par le fait que de nombreux adolescents sont hospitalisés au cours/décours d'une crise suicidaire. Les urgences sont aussi un lieu propice à l'utilisation du PS, il est régulièrement le premier lieu de rencontre entre un adolescent suicidaire et les soins. Le PS peut être utilisé dans différentes temporalités, ce qui élargit son domaine d'action. Son délai d'application peut être variable. En effet, il est aussi bien utilisé dans la période de crise suicidaire qu'en dehors de cette crise. Il peut être utilisé directement après une TS, ou dans un délai plus éloigné par exemple. La diversité des lieux, où les PS sont appliqués, peut expliquer la variabilité des délais d'application. En fait, aux urgences, les professionnels auront tendance à appliquer le PS dans un contexte aigu, contrairement à la consultation où le délai d'utilisation pourra être plus étendu.

Il existe une possibilité d'améliorer les pratiques au niveau du PS : Certains professionnels de santé ne recherchent pas systématiquement un PS réalisé ultérieurement. La recherche d'un PS réalisé ultérieurement est importante car l'ancien PS permet d'avoir une ébauche et peut servir de base au nouveau. Il permet aussi d'éviter à l'adolescent de réaliser un PS de manière identique, ce qui pourrait éviter une lassitude et obtenir une meilleure implication de l'adolescent. Cette pratique permet de montrer à l'adolescent une approche personnalisée, susceptible de renforcer l'alliance thérapeutique. La réévaluation du PS n'est pas réalisée systématiquement par la majorité des cas, ce qui peut s'expliquer par le moment et le lieu où il est réalisé. Cependant, la réévaluation est importante car le PS est un outil qui se veut évolutif, et qui doit être adapté aux patients surtout au moment de l'adolescence.

La méthode d'administration peut avoir un impact sur l'efficacité du PS: dans une étude portant sur des adultes ayant reçu un plan de sécurité auto-administré lors d'une visite au service des urgences, seuls 37,4 % ont déclaré avoir reçu un plan de sécurité lors d'un appel de relance. (10)

Cette enquête est aussi en faveur d'une bonne acceptation du PS, avec très peu de refus de la part des adolescents. Plusieurs études vont dans ce sens, notamment une étude de 2009 qui montre que le PS associés à une thérapie cognitivo-comportementale est une intervention acceptable et faisable. (11) et une étude associant PS et entretien motivationnel montrait que cette intervention était réalisable et acceptable pour les adolescents. Les adolescents étaient satisfaits de l'utilisation du PS. (12)

Dans notre étude, la grande majorité des professionnels ressentent une efficacité pour plusieurs axes : le PS permettrait d'établir une meilleure communication avec l'adolescent et permettrait d'apporter des compétences de gestion de crise pour l'adolescent. Des études sur le PS soutiennent l'efficacité de l'intervention pour réduire le risque de comportements suicidaires chez les patients. Dans une étude récente, les patients qui ont réalisé un PS et eu un contact téléphonique de suivi dans un service d'urgence étaient près de la moitié moins susceptibles de faire une tentative de suicide dans les six mois suivant l'hospitalisation, par rapport aux personnes recevant les soins habituels (8). Lors d'une intervention alliant PS et d'appels de suivis structurés, 61 % des répondants ont déclaré utiliser le plan de sécurité pour réduire le risque de suicide (13).

Plusieurs limites ont été relevées concernant l'utilisation du PS, notamment la collaboration et l'élaboration de l'adolescent durant la réalisation du PS. Avant l'apparition du PS, des contrats de non suicide étaient réalisés mais contrairement au PS, ils n'ont pas démontré leur efficacité, probablement en lien avec la nature peu collaborative et paternaliste (14). Le PS actuel travaille davantage en collaboration avec l'adolescent. La deuxième étape prévoit des stratégies d'adaptation qui sont propres au patient. Cette liste peut se révéler inutile si elle est établie uniquement par le clinicien (15). Une des pistes pour améliorer la collaboration professionnels/adolescents serait l'utilisation d'une version numérique du PS. L'utilisation d'une application mobile pourrait améliorer l'utilisation du PS. Un PS numérique serait plus moderne et didactique. Plusieurs études vont dans ce sens, en montrant une bonne acceptabilité et faisabilité du PS sur application chez les adolescents. Les auteurs estiment que l'application mobile du PS est une stratégie d'intervention utile pour prévenir les tentatives de suicide répétées chez les adolescents. Cela pourrait également accroître l'accessibilité au PS. (16)-(17).

On remarque que les parents sont finalement peu impliqués dans l'élaboration du PS. Impliquer les parents pourrait améliorer l'application du PS. Par exemple, associer les parents au PS permettrait d'augmenter la sécurisation de l'environnement de l'adolescent. Une étude montre que l'éducation au stockage sécurisé des moyens létaux est associée à des un changement de comportement des parents, qui ont adopté plus de mesures de stockage sécurisé. (18)

Le manque d'universalité du PS est une des limites du PS. En effet, il existe de nombreux type de plan de sécurité, certains plus complet que d'autres (Voir Annexe 2). Par exemple, un plan de sécurité de qualité omettant une section telle que la sécurité des moyens ou les capacités d'adaptation internes serait de qualité inférieure (19).

La majorité des professionnels ont indiqué un désir de formation supplémentaire en PS. On remarque qu'il existe une forte demande à la formation du PS, en particulier chez les professionnels n'ayant jamais reçu de formation. Une formation à cet outil permet au professionnel de se sentir plus à l'aise avec celui-ci. Par exemple, une étude a montré qu'une brève formation virtuelle préalable à la mise en œuvre du PS peut améliorer les connaissances des cliniciens et leur auto-efficacité avec des jeunes à risque de suicide. (20) Une autre étude montre également une forte demande de formation chez des prestataires utilisant le PS (21).

V-Conclusion :

Le plan de sécurité est une partie intégrante de la prise en charge de l'adolescent dans la prévention du suicide. Son domaine d'action est large, car il est utilisé dans de nombreuses situations cliniques différents : état clinique de l'adolescent variable, plusieurs lieux d'utilisation, délai variable. Les résultats de l'étude confirment que de nombreux professionnels effectuent régulièrement une planification de la sécurité en cas de suicide et se sentent globalement à l'aise pour fournir cette partie des soins spécifiques au suicide. Cependant, ces données identifient également des lacunes dans la formation et des incohérences dans l'utilisation du plan de sécurité, indiquant le besoin de formation supplémentaires. En particulier, les efforts futurs pourraient se concentrer sur l'utilisation d'un format numérique du plan de sécurité, sur l'utilisation d'un plan de sécurité complet et adapté aux jeunes, sur l'implication des parents et sur la réévaluation dans le temps du plan de sécurité. Une formation rigoureuse et une mise en œuvre réussie du PS participerait à la lutte contre le suicide chez les adolescents.

Déclaration lien d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts relatifs à la réalisation de cette étude.

VI- Bibliographie :

1. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 06 2018;15(7).
2. HAS. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. :8.
3. Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015 [Internet]. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/fiche3-10.pdf>
4. Spiegel FX. La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent en cabinet de médecine générale: vécus et représentations des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf.
5. Ballester PL, Cardoso T de A, Moreira FP, da Silva RA, Mondin TC, Araujo RM, et al. 5-year incidence of suicide-risk in youth: A gradient tree boosting and SHAP study. *J Affect Disord*. 1 déc 2021;295:1049-56.
6. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*. févr 2015;31(2):88-94.
7. Courtet P, Sénèque M, Olié É. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires. :4.
8. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. 1 sept 2018;75(9):894-900.
9. brown_stanleysafetyplantemplate.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: https://dbhds.virginia.gov/assets/doc/bh/msmvf/brown_stanleysafetyplantemplate.pdf
10. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2017;74(6):563-70.
11. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 2009;48(10):1005-13.
12. Czyz EK, King CA, Biermann BJ. Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. avr 2019;48(2):250-62.

13. Stanley B, Chaudhury SR, Chesin M, Pontoski K, Bush AM, Knox KL, et al. An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 juin 2016;67(6):680-3.
14. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner TE. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol*. févr 2006;62(2):243-51.
15. Ghahramanlou-Holloway M, Brown GK, Currier GW, Brenner L, Knox KL, Grammer G, et al. Safety Planning for Military (SAFE MIL): rationale, design, and safety considerations of a randomized controlled trial to reduce suicide risk among psychiatric inpatients. *Contemp Clin Trials*. sept 2014;39(1):113-23.
16. Jeong YW, Chang HJ, Kim JA. Development and Feasibility of a Safety Plan Mobile Application for Adolescent Suicide Attempt Survivors. *Comput Inform Nurs CIN*. août 2020;38(8):382-92.
17. Melia R, Francis K, Duggan J, Bogue J, O'Sullivan M, Young K, et al. Using a Safety Planning Mobile App to Address Suicidality in Young People Attending Community Mental Health Services in Ireland: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 21 févr 2023;12:e44205.
18. Sullivant S, Yeh HW, Hartwig A, Connelly M. Motivating Behavior Change in Parents for Suicide Prevention in the Midwest, USA. *J Community Health*. juin 2022;47(3):495-503.
19. Gamarra JM, Luciano MT, Gradus JL, Wiltsey Stirman S. Assessing Variability and Implementation Fidelity of Suicide Prevention Safety Planning in a Regional VA Healthcare System. *Crisis*. 2015;36(6):433-9.
20. Whitmyre ED, Esposito-Smythers C, Goldberg DG, Scalzo G, Defayette AB, López R. Impact of a Virtual Suicide Safety Planning Training on Clinician Knowledge, Self-Efficacy, and Use of Safety Plans in Community Mental Health Clinics. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 10 mars 2023;1-10.
21. Moscardini EH, Hill RM, Dodd CG, Do C, Kaplow JB, Tucker RP. Suicide Safety Planning: Clinician Training, Comfort, and Safety Plan Utilization. *Int J Environ Res Public Health*. 4 sept 2020;17(18):E6444.

VII-Annexes :

Annexe 1 :

Enquête concernant l'utilisation du plan de sécurité chez les adolescents à risque de comportement suicidaire par les professionnels de santé

Bonjour,

Pouvez-vous remplir le questionnaire suivant, ce questionnaire prend 5 à 10 minutes, il permet d'évaluer votre expérience pour l'utilisation du plan de sécurité (PS) chez l'adolescent.

Ce questionnaire fait partie d'un travail de thèse qui a comme objectif global d'étudier les spécificités de l'utilisation du plan de sécurité dans cette population (besoin de formation/diffusion et utilisation du PS)

Votre aide est précieuse, merci pour votre temps !

Amélie Boquain, interne MPEA

Informations personnelles et besoins de formation

Quel métier exercez-vous ?

- Psychologue IDE Interne en pédiatrie Psychiatre Médecin généraliste
 Interne en médecine d'urgence Infirmier(ère) en psychiatrie Interne en médecine générale Interne en psychiatrie

Etes-vous :

- Un homme Une femme

Quel âge avez-vous ?

- 20-25ans 26-30 ans 31-35ans 36-40ans Plus de 40 ans

Dans quel type de service exercez-vous (merci de donner votre activité principale)

?

Avez-vous déjà reçu une formation sur le repérage et le suivi d'enfants et adolescents avec idées ou comportements suicidaires ?

- Oui, au cours des 3 dernières années Oui, antérieure à 3 ans Non

Savez-vous ce qu'est un plan de sécurité (safety plan) ?

- Oui Non

Avez eu une formation concernant l'utilisation du Safety plan ?

Oui Non

Souhaitez-vous recevoir une formation à l'utilisation du plan de sécurité (safety plan) chez l'enfant et l'adolescent ?

Oui Non

Utilisation du plan de sécurité (que vous soyez spécifiquement formés ou non)

Merci de ne répondre que si vous avez déjà utilisé un plan de sécurité dans votre pratique clinique chez les adolescents.

1. Depuis combien de temps utilisez-vous dans votre pratique le plan de sécurité (PS) ?

Depuis moins d'un an Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

2. Pour quel patient/e réalisez-vous un plan de sécurité (PS) ?

Pour un/e adolescent/e ayant fait une tentative de suicide récente

Pour un/e adolescent/e ayant des idées suicidaires actives avec scénarios Pour un/e adolescent/e ayant des idées suicidaires, actives ou passives Pour un/e adolescent/e ayant des comportements auto-vulnérants sans intentionnalité suicidaire

Autre :

3. A quel moment réalisez-vous le plan de sécurité chez l'adolescent/e ?

A chaud, dès la tentative de suicide ou dès la première évocation d'idées suicidaires, lorsque les idées sont envahissantes

Dans un délai assez court après la tentative de suicide ou de l'évocation d'idées suicidaires mais lorsque les idées peuvent être mises à distance (deux semaines)

Délai variable selon la situation, cela peut être au cours d'un suivi, hors urgence

4. Où réalisez-vous le plan de sécurité ?

Aux urgences Dans un service hospitalier Durant des consultations de suivi En psychiatrie de liaison

Autre :

5. Pour un/e adolescent que vous ne connaissez pas mais que vous évaluez pour de possibles idées ou comportements suicidaires, recherchez-vous un plan de sécurité déjà existant ?

Oui Parfois Non

6. Le plan de sécurité est-il facile à trouver dans le dossier médical ?

Oui Parfois Non

7. Faites-vous un entretien spécifique pour l'élaboration d'un PS ?

Oui, systématiquement Parfois Non

8. Parmi les éléments suivants, lesquels figurent dans votre PS:

Eléments déclencheurs: situations/événements qui peuvent me mettre en état de détresse.

Situations qui indiquent que je suis en état de crise : pensées, sentiments, sensations corporelles, comportements particuliers...

Stratégies que je peux utiliser pour me sentir mieux: activité physique, art, musique, relaxation.

Moyens par lesquels les personnes ressource peuvent m'aider

Personnes ressources a appeler en cas de crise Numéros d'urgence a appeler en cas de crise (Service de psychiatrie, Allo jeunes, SOS Amitié etc..) Explorer les raisons de vivre: personnes que tu aimes ? Qu'est-ce que tu aimes faire? Qu'est-ce que tu as aimé faire? Qu'est-ce qui est important pour toi ou qui était important pour toi?

9. Vous sentez-vous généralement à l'aise pour élaborer un PS avec les adolescents ?

Oui Non

10. Dans le cadre d'un suivi avec un PS en place, le réévaluez-vous ?

Oui, systématiquement Parfois Non

11. Impliquez-vous l'entourage (parents, autres personnes-ressource) dans l'élaboration du PS ?

Oui, systématiquement Oui, si l'adolescent.e donne son accord Non

12. Vous arrive-t-il que les adolescents refusent l'élaboration ou la réévaluation de leur PS ?

Souvent Rarement Jamais

13. Vous arrive-t-il de proposer un PS spécifique aux parents pour les aider à anticiper les situations de crise de leur enfant ?

Souvent Rarement Jamais

14. A votre avis, le PS est-il utile en pratique clinique?

Oui, ça permet d'établir une communication avec l'adolescent a travers un format structuré

Oui, ça permet d'augmenter les compétences de l'adolescent et de sa famille dans les stratégies de sortie de crise

Oui, quand c'est un outil dynamique qu'on peut souvent réévaluer en suivi Non, car les adolescents sont souvent fermes a ce genre d'approche

Cela dépend des adolescents et de leur coopération

- Cela dépend des familles et de leur coopération
- Cela dépend du niveau de risque suicidaire

15. Dans votre expérience, quels sont les principaux freins à l'utilisation du PS ?

- Manque de temps lors de l'entretien
- Manque de coopération de l'adolescent
- Manque de coopération de ses parents
- Manque de formation de la part du clinicien
- Format papier qui peut se perdre facilement
- Non universalité du PS(différentes versions/formes existantes)
- Autre :

16. Avez-vous des suggestions d'amélioration du PS ou des ses procédures d'utilisation ?

17. Même si vous êtes utilisateur de l'outil aimeriez-vous avoir une formation complémentaire concernant le PS ?

- Oui Non

Annexe 2:

Exemples de PS utilisés au CHU de Montpellier

Etape 1 : Situations qui indiquent que je suis en période de crise (pensées, comportements, situations, état d'esprit, sentiments...)

1.

2.

3.

Etape 2 : Stratégies que je peux utiliser pour me sentir mieux (activité physique, art, musique, relaxation...)

1.

2.

3.

Etape 3 : Mes personnes ressources (de soutien)

Noms

Numéros de téléphone

Etape 4 : aides et système de soutien professionnels que je peux contacter en cas de crise ou de besoin

UCAP : 04.67.33.95.27

Allo jeunes : 06.12.75.23.64 (9h à 18h du lundi au vendredi)

SOS Amitié : 04.67.63.00.63

SAMU 15

**Etape
1**

• Mes signes d'alertes (tension interne, situation, pleurs) ?

**Etape
2**

• Comment puis-je traverser le moment de crise et me calmer (ce que je peux faire pour me distraire sans contacter personne) ?

**Etape
3**

• Qui puis-je appeler pour me changer les idées ? (personnes et endroits)

**Etape
4**

• Liste des personnes à appeler pour demander de l'aide ? (nom et téléphone)

**Etape
5**

• Personnes à contacter et démarcher en cas d'urgence ? (nom et téléphone)

• Comment sécuriser mon environnement ?

• Ce qui me raccroche le plus à la vie (facteur protecteur principal) :

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Introduction : La crise suicidaire est une crise psychique avec émergence d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide. L'adolescence est une période à risque. Il s'agit d'un problème de santé publique. Le Plan de sécurité est un outil de prévention des récurrences suicidaires. Les PS sont élaborés avec les suicidants, en collaboration avec les professionnels de santé.

Méthode : Un questionnaire avec des questions portant sur le PS a été construit. Il a ensuite été soumis à un panel de professionnels de santé, travaillant dans des services de psychiatrie au CHU de Montpellier au contact d'adolescents. Notre objectif principal est de décrire les expériences personnelles des soignants au cours de la mise en œuvre du PS chez les adolescents à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne.

Résultats : La totalité des professionnels avaient connaissance du PS. L'utilisation du PS est récente. Le PS était utilisé dans de nombreux services, à des temporalités très variables. Les parents semblent peu impliqués. La recherche d'un précédent PS et la réévaluation du PS à distance ne sont pas réalisés systématiquement dans la majorité des cas. Il n'y a pas de PS universel. Le PS est une intervention acceptée et les professionnels en ressentent une efficacité dans les soins. La principale limitation retrouvée est le manque de collaboration de l'adolescent. Il existe une demande en formation au PS, malgré qu'une partie des professionnels soit formés et à l'aise avec l'utilisation du PS.

Conclusion : Le PS est une partie intégrante des soins reçus par un adolescent dans la prévention du suicide. Son domaine d'action est large, il est utilisé dans de nombreuses situations cliniques. Cependant, des lacunes dans la formation et des incohérences dans son utilisation indiquent un besoin de formation supplémentaire.

Mots-clefs : psychiatrie, jeunesse, adolescent, suicide, crise suicidaire, plan de sécurité