



Département de l'enfant et de l'adolescent
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Prof F. Ansermet
Dre Anne Edan
Médecin responsable, Unité de crise pour adolescents

Rapport d'activité 2012

Unité de Crise

Soins et prévention du suicide à l'adolescence

Mais, cette bizarre souffrance possédant une autorité inquiétante, il faut sincèrement désirer que cette âme, égarée parmi nous tous, et qui veut la mort, ce semble, rencontre en cet instant-là des consolations sérieuses et soit digne !

Avertissement aux « déserts de l'Amour ». A. Rimbaud

Cette année 2012 marque un changement dans la direction médicale de l'Unité de Crise (UC) : Dre Aurora Venturini s'est installée en cabinet privé et j'ai été nommée par la commission d'engagement pour lui succéder.

Il s'agit de saluer Dre Aurora Venturini engagée comme médecin responsable à l'UC depuis 2001. Médecin psychiatre et psychothérapeute d'adulte, orienté par la psychanalyse, elle a poursuivi le travail débuté par J. Ottino et F. Ladame. Pendant ces dix années, nous relevons plusieurs points :

- Le rajeunissement de la population accueillie à l'Unité de Crise
- La création du Centre Ambulatoire Intensif en avril 2008, soutenue par F. Ansermet. Le CTAI a permis l'accès aux soins pour les adolescents qui refusaient l'hospitalisation ou pour qui on souhaitait privilégier au maximum l'insertion dans la cité (école, réseau social...)
- Le développement de la médiation groupale au sein du travail à l'Unité de Crise

Quant à moi, je m'inscris dans la continuité de l'école de François Ladame d'une part et de François Ansermet d'autre part. D'origine française, je travaille auprès des adolescents à Genève depuis 2004. Intéressée d'emblée par la clinique de l'acte, clinique de l'adolescent et le travail en équipe multidisciplinaire, je bénéficiai de postes de médecin interne, chef de clinique puis médecin adjoint auprès d'adolescents en grande souffrance psychique au sein du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent dirigé par François Ansermet. Je participai à l'élaboration et à l'ouverture d'un hôpital de jour pour adolescents en situation d'impasse scolaire à l'hôpital des enfants fin 2011, enfin j'eus le privilège de travailler comme médecin interne au sein de l'Unité de Crise en 2005 et 2006.

Au-delà de ce parcours professionnel, Genève a été l'occasion d'appuyer l'orientation psychanalytique. Et de souligner l'importance de différentes rencontres : La rencontre avec François Ladame et sa rigueur sémiologique du processus adolescent, la rencontre avec un analyste et la rencontre avec l'enseignement de François Ansermet et de son positionnement original face au sujet, ont permis à toutes ces autres rencontres avec les adolescents et les équipes, les plus enseignantes qui soient, d'advenir.

Je suis enthousiaste à ce nouveau challenge que présente l'Unité de Crise.

A partir de toute la culture riche et spécifique de l'unité de crise, la clinique et le contexte actuel, j'inscris ma réflexion sur :

- La transversalité des soins du SPEA versus la spécificité et l'identité de l'UC
- Le lien avec les acteurs sociaux (école, foyer, services sociaux, thérapeutes extérieurs...) en collaboration étroite avec Nathalie Schmid Nichols, psychologue responsable du CEPS (centre d'étude et de prévention du suicide)
- Le travail avec les familles au sein de l'UC aux lits de crise (LDC) et au CTAI
- La fonction trieur et la place de l'évaluation pour orienter les adolescents vers une prise en soins de crise

Enfin, il s'agit de développer le profil académique et de proposer un travail autour de l'enseignement et de la recherche avec l'objectif de publications originales, que ce soit au niveau du concept de soins proposé à l'UC ou de cas clinique mettant en avant l'équipe multidisciplinaire.

Au moment de cette prise de fonction, l'Unité de crise accueille une nouvelle psychologue responsable, Nathalie Schmid Nichols à la tête du CEPS.

Elle fait suite à Maja Perret-Catipovic qui a participé à l'élaboration du volet prévention de l'Unité de crise avec François Ladame et Jérôme Ottino.

Cette prise de fonction quasi simultanée a permis une émulation intellectuelle forte et d'emblée un partage autour de l'éthique, de la clinique et de la pratique avec les adolescents.

Notre angle de travail a été de souligner et de poursuivre le travail en réseau tel qu'initié par François Ladame comme « filet de sécurité » de l'adolescent.

En ce sens, cette année 2012, nous avons développé une collaboration étroite avec Nathalie Schmid Nichols et qui nous a permis de communiquer sur différents points :

- La tentative de suicide comme tentative de solution
- La rencontre avec l'adolescent
- Le travail en réseau
- La formation des professionnels au contact des adolescents à risque suicidaire

Dans ce contexte, nous avons participé à plusieurs événements

- Le 16 juin : communication Journée organisée par l'Institut psychanalytique de l'enfant à Lyon « l'enfant au temps des avatars »
- Le 4-6 juillet : Congrès européen de psychiatrie sociale à Genève. Nous avons animé un symposium avec Nathalie Schmid Nichols : « Une clinique du paradoxe : dispositifs autour du mouvement suicidaire chez l'adolescent » avec des illustrations de Michal Fischer, cheffe de clinique du Centre de traitement Ambulatoire intensif et Aline Forestier, cadre infirmière de l'Unité de Crise.
- Le 11 septembre : « le réseau à l'épreuve de la crise suicidaire chez l'adolescent »

Sur le plan médical, l'Unité de Crise s'est engagée dans la fonction trieur du SPEA à 50% en collaboration avec l'unité d'hospitalisation. Cette fonction a pour objectif d'orienter les professionnels installés ou de spécialités différentes (pédiatres, psychiatre) vers le soin. Pour toute demande des urgences, le trieur peut demander à un médecin interne de faire une évaluation pédopsychiatrique. Cette fonction est importante car, à partir des situations d'urgence, il s'agit de pouvoir remonter aux situations de crise.

Enfin, concernant la transversalité des soins du SPEA, les médecins cadres ont participé, pendant les mois d'été à un soutien aux lits d'évaluation du SPEA, guidé par l'objectif d'ancrer l'Unité de Crise dans une chaîne de soin cohérente et fluide.

Ce rapport est structuré de la façon suivante :

- 1) Activité globale
- 2) Activité du CTAI
- 3) Activité des LDC
- 4) Activité du CEPS (ligne HelpAdoLine, site web CIAO et www.preventionsuicide)

1) ACTIVITE GLOBALE

L'organisation de l'UC était pensée en terme de tripode. Nous reprenons cette organisation en accentuant deux axes : soin et prévention. Le soin est soit hospitalier, soit ambulatoire intensif mais regroupé et la prévention représente l'autre axe de l'Unité de Crise.

Le soin

La rencontre est pensée comme fondamentale, à l'origine de l'engagement dans le soin.

Ainsi, un infirmier et un thérapeute, médecin ou psychologue, rencontre l'adolescent là où il se trouve, aux urgences, dans une unité d'hospitalisation en pédiatrie, en psychiatrie ou encore dans les locaux de l'UC au 20, avenue Beau-séjour.

Les demandes peuvent ainsi venir du monde soignant (hôpital, thérapeute installé, psychologue travaillant en milieu scolaire) mais aussi social (assistante sociale, conseiller social), familial voire personnel (ou ré-orienté par le CEPS).

Au cours de cette rencontre, l'adolescent va dérouler, invité par le soignant et le thérapeute, la logique du mouvement suicidaire qu'il traverse.

Petit à petit, il va s'agir d'isoler les facteurs de crise qui ont mené cet adolescent à l'idéation suicidaire ou à la tentative de suicide. Un deuxième moment d'entretien sera d'envisager avec l'adolescent les solutions qu'il s'accorde en termes de soin. Nous réfléchissons avec lui sur la meilleure alternative possible : soit un suivi en ambulatoire intensif, soit une contenance plus importante avec les lits de crise. Il demeure essentiel que l'adolescent demande volontairement des soins.

Notre mission, dans ce travail de crise, est de se positionner comme passerelle vers un autre travail psychothérapeutique qui paraît à poursuivre dans la majorité des cas. C'est cette passerelle qui est figurée par la durée limitée de nos soins (un mois maximum en hospitalier et deux mois en ambulatoire).

Il est aussi important de souligner l'engagement de l'adolescent dans les soins et de lui redonner la main en termes de responsabilité de ses actes et de son discours.

L'unité de crise, du fait de sa culture de travail en équipe pluridisciplinaire, offre de nombreux outils et un étayage qui peut soutenir des moments difficiles de thérapie ambulatoire avec un psychiatre ou psychologue privé installé.

Ainsi, si la parole et l'écoute restent l'origine et l'objectif de nos soins, la médiation en particulier à travers la psychomotricité et l'art-thérapie, prend toute sa part ainsi que les groupes thérapeutiques chez les plus jeunes.

Enfin, il nous paraît essentiel de garder un lien avec le réseau. Une attention particulière est donnée à l'école, aux parents. Le focus reste autour de l'adolescent mais du fait du rajeunissement de la population que nous accueillons, l'accueil des familles reste un moment essentiel de la prise en charge. Il va s'agir aussi, à travers le passage à l'UC, de proposer de faire le point sur la santé somatique. Suivant les cas, une reprise de contact avec le pédiatre ou médecin traitant ou encore le service santé jeune sera proposé.

- **L'ambulatoire avec le CTAI** : centre de traitement ambulatoire intensif (depuis 2008).

Prestations

- Accueil 7 jours sur 7
- Prise en charge à durée déterminée (2 mois)
- Travail thérapeutique individuel et /ou groupale
- Accueil, soutien et travail avec les familles
- Possibilité de deux nuits en cadre hospitalier si nécessaire
- Soutien des patients suivis en privé ou en consultations publiques pendant l'absence du thérapeute
- Gestions et administrations des traitements pharmacologiques pour la gestion du risque suicidaire des patients suivis en individuel (privés et publiques)

- **L'hospitalisation avec les LDC** – lits de crises (depuis 1996).

Prestations

- accueil 24h/24, 7 jours sur 7
- prise en charge à durée limitée (1 mois)
- entretien quotidien, sauf les weekends et jours fériés
- entretien de famille et de réseau
- groupes thérapeutiques
- thérapie à médiation (art-thérapie, psychomotricité)

La prévention

- **La prévention avec le CEPS** – centre d'étude et de prévention de suicide (depuis 1996).

Le rôle du CEPS est de :

- Evaluer le risque suicidaire dans les plus brefs délais
- Offrir un deuxième avis
- Gérer une situation de crise
- Organiser une prise en charge ambulatoire ou hospitalière si nécessaire
- Renforcer les compétences et les ressources de l'entourage : aider l'entourage à aider l'adolescent (guidance parentale)
- Organiser des interventions de postvention

Prestations

Pour des personnes à risque avéré de suicide, accès aux patients à travers :

- Helpadoline 022 / 382 42 42 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24
- Répondance sur www.ciao.ch
- Consultations thérapeutiques
- Guidance parentale

Pour le grand public à travers l'information :

- les médias
- l'enseignement (universitaire, associatif, professionnel,...).
- Conférences publiques. Pour information, voir la liste des interventions.

L'accès aux groupes à risques à travers la/le:

- Formation des intervenants en contact avec des adolescents
- Dépistage (notamment dans les écoles)
- Adaptation des messages de prévention aux populations à risque, telles qu'adoptés, toxicomanes, en rupture scolaire et de liens sociaux, homosexuels,...
- Dialogue avec les internautes à risque (www.ciao.ch)

Le CEPS c'est aussi le travail en réseau et des liens :

- En Suisse avec Stop suicide, la Main tendue, La Fondation officielle de la jeunesse, Astural, l'Alliance contre la dépression, L'Office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue, etc.
- Et à l'étranger avec le réseau Aveyron, le Résado 82, etc.

En 2012, l'Unité de crise a accueilli des adolescents avec la répartition suivante :

CTAI

Nombre d'épisode de soins : **192**

Âge moyen 16,88 ans

LDC

Nombre d'hospitalisations : **86**

Âge moyen : 16.25

CEPS :

Nombre d'appels : **530 dont 93 % pour des demandes cliniques**

39 % des demandes cliniques concernent des garçons et 53 % concernent des filles

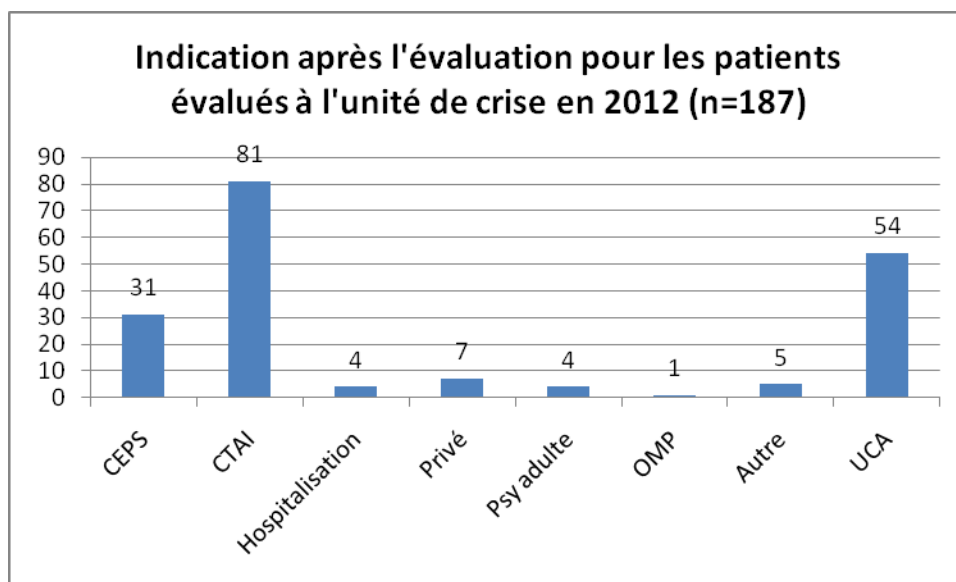
Les appels concernent plus particulièrement la tranche des 15-19 ans

Nombre de questions via les sites internet Ciao et préventionsuicide.ch : **132** questions **92** sur notre site et **40** de la part de CIAO.

2) L'UC : Unité de Crise

En 2012, **187** adolescents ont été évalués par le Centre de Traitement ambulatoire intensif, porte d'entrée de la section soin de l'unité de crise.

Suite à cette évaluation, ces 187 patients ont été redirigés de la façon suivante :

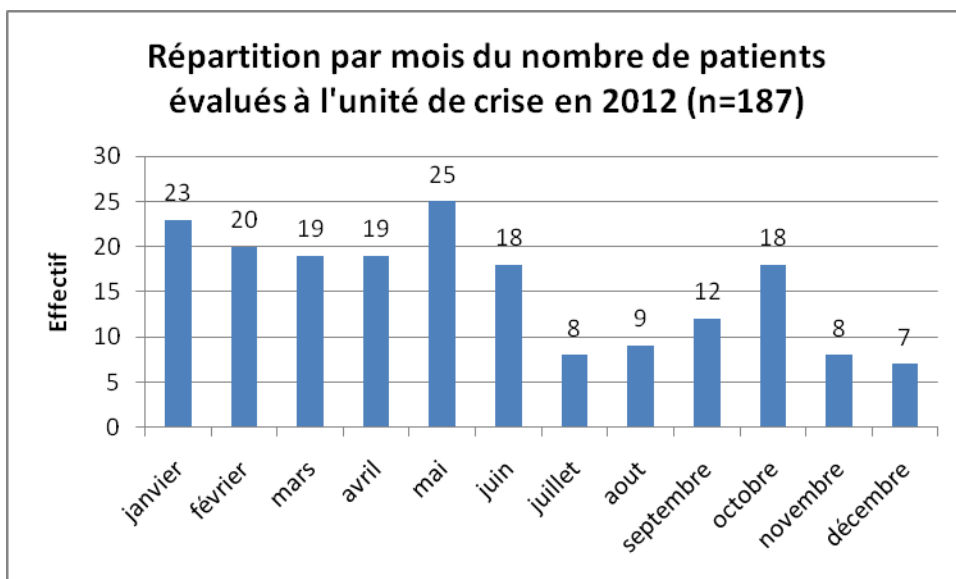


La majorité des évaluations conduit vers un suivi ambulatoire intensif. Consécutivement à ce suivi, une hospitalisation aux lits de crise peut avoir lieu. Le CTAI nous paraît plus accessible à accepter d'emblée dans les situations où la contenance de l'hospitalisation peut inquiéter.

Il est à relever qu'un certain nombre d'adolescents sera orienté vers les lits de crise dans les 10 jours qui suivent une évaluation au CTAI, ce qui explique le différentiel entre nombre d'hospitalisation en 2012 et nombre d'orientation vers les lits de crise en 2012.

Dans ce nombre d'évaluation, ne sont pas comptabilisées 29 demandes classées sans suite. Ces demandes ont été annulées ou très rapidement l'adolescent n'a pas pu s'engager dans un contrat de soins.

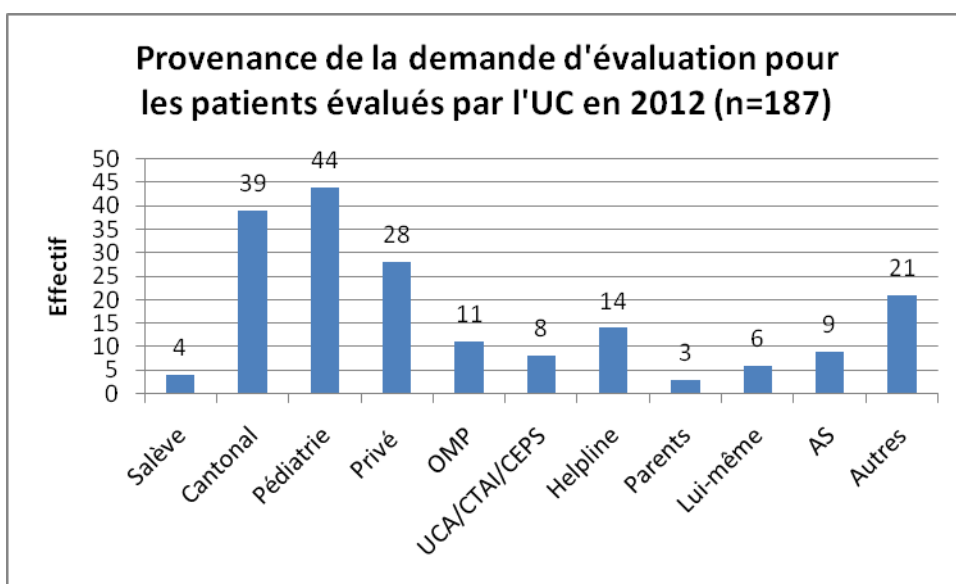
Enfin, il faut aussi ajouter les évaluations qui ont eu lieu à l'hôpital des enfants et à l'hôpital cantonal qui ont permis une évaluation et une orientation directe aux lits de crise.



En dehors de la baisse d'activité de l'été qui se répète d'année en année, le nombre d'évaluation est superposable aux années précédentes en valeur absolue.

La répartition par contre se concentre d'avantage sur la première partie de l'année avec une activité soutenue les 6 premiers mois, et une reprise moins importante que les années précédentes après l'été. Cette baisse d'activité nous semble à mettre en perspective avec le développement de la chaîne de soins du SPEA, en particulier la création des lits d'évaluation depuis l'été 2011.

Cette baisse d'activité qui se répète d'année en année l'été nous permet de fermer des lits d'hospitalisation (nous fonctionnons avec 3 lits sur une période de 6 semaines).

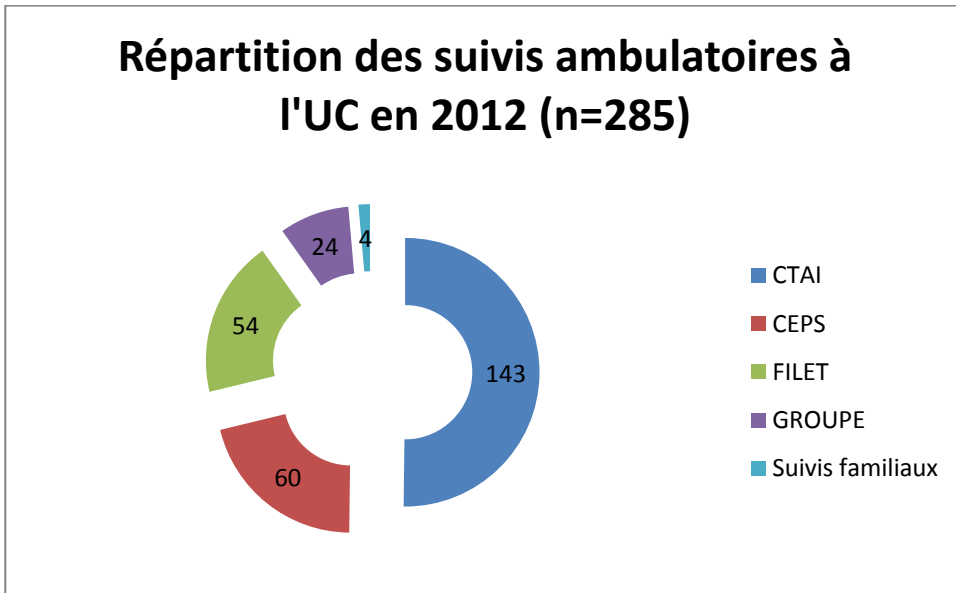


La provenance des demandes suit un schéma comparable aux années précédentes.

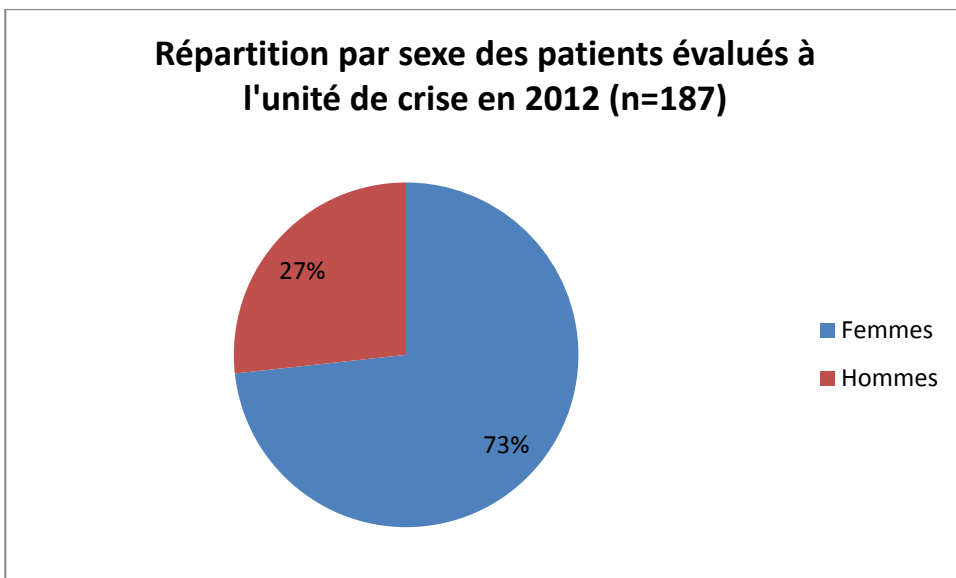
Les urgences et le secteur hospitalier (en psychiatrie adulte, dans la chaîne de soins du SPEA (Salève) ou en pédiatrie) représentent près de la moitié des demandes d'évaluation pour l'unité de crise (47%).

20% des demandes sont issues du réseau de soins ambulatoire (OMP, psychiatre ou pédiatre installé) puis viennent les demandes de la chaîne de l'UC. Les demandes du champ social direct sont toujours moins importantes à ce stade.

Nous relevons les données manquantes particulièrement importantes dans ce tableau. Ces « autres » provenances sont à répertorier dans les demandes d'évaluation qui émanent soit de l'adolescent lui-même, des parents ou d'une assistante sociale



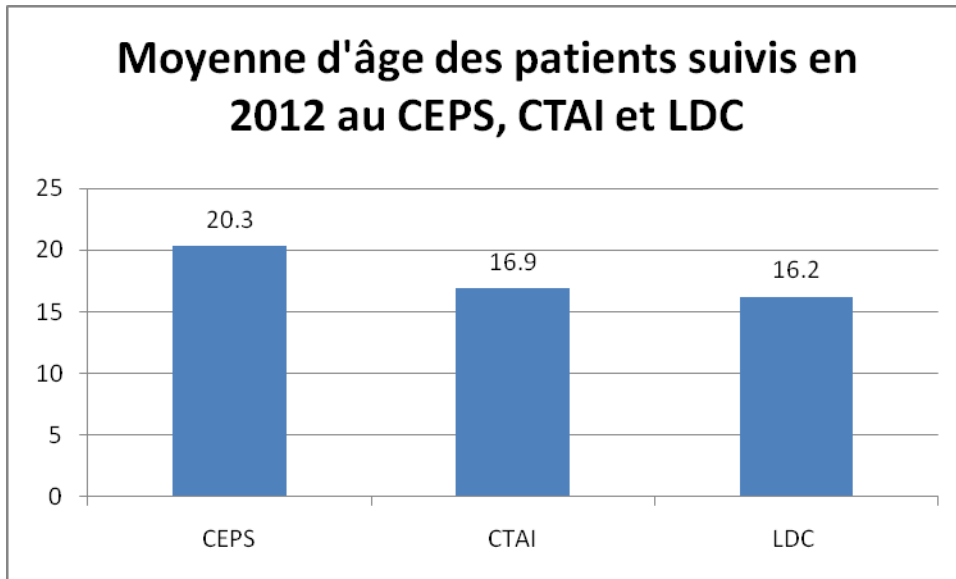
Le nombre de 285 correspond à l'ensemble des suivis ambulatoires de l'Unité de crise, soit aux évaluations et consultations thérapeutiques assurées par le CEPS, les suivis de groupe, les suivis de famille et les filets. Le CTAI (143/285) représente 50% de l'ensemble des suivis proposés en ambulatoire. Le filet est un soutien à la psychothérapie assuré par un soin infirmier 7 jours sur 7. Ces filets peuvent aussi permettent de proposer des nuits CTAI qui permettent de poursuivre une psychothérapie, ou encore inscrire l'adolescent dans des groupes thérapeutiques.



Nous restons avec une majorité de filles évaluées à l'Unité de Crise. Nous poursuivons le questionnement sur l'accueil que nous pouvons proposer aux garçons, ainsi que sur le soin que les filles investissent d'avantage.

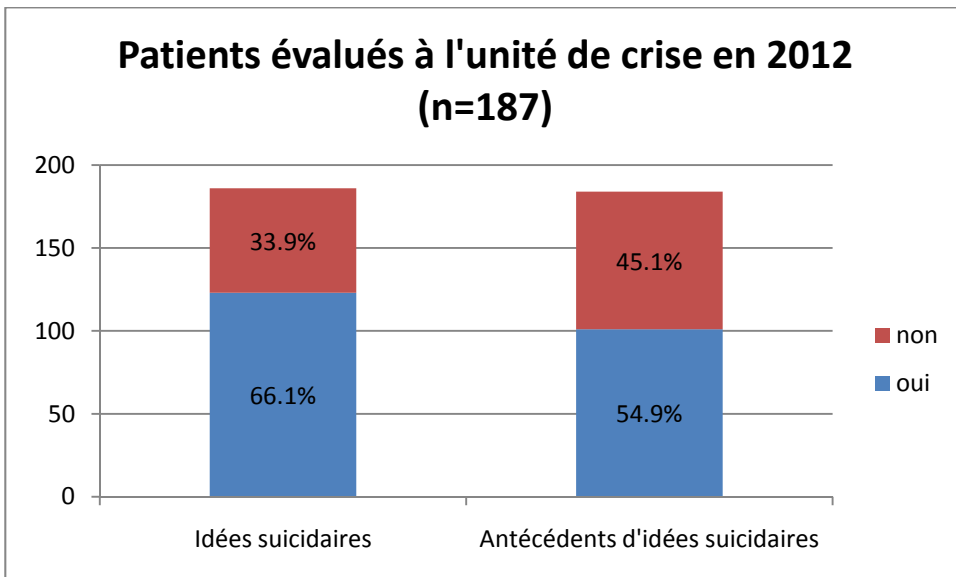
Ces données sont concordantes avec la littérature qui mentionne la difficulté pour les garçons d'être suivis à l'adolescence.

Chez les garçons, la symptomatologie va d'avantage vers des conduites à risque, essentiellement des prises de toxiques ou des sports dangereux. Nous travaillons cet aspect avec le réseau, aussi en collaboration avec les services des urgences de pédiatrie et urgences adultes.



La moyenne d'âge est logiquement plus importante pour le CEPS qui a reçu cette année des adolescents et jeunes adultes jusqu'à 25 ans et a réorienté quelques adultes vers des structures leur étant adressées.

Le suivi ambulatoire garde une moyenne d'âge supérieur aux lits de crise. Cet aspect est actuellement à l'étude. Nous souhaiterions limiter la durée d'hospitalisation pour les plus jeunes qui sont en âge de scolarité obligatoire.

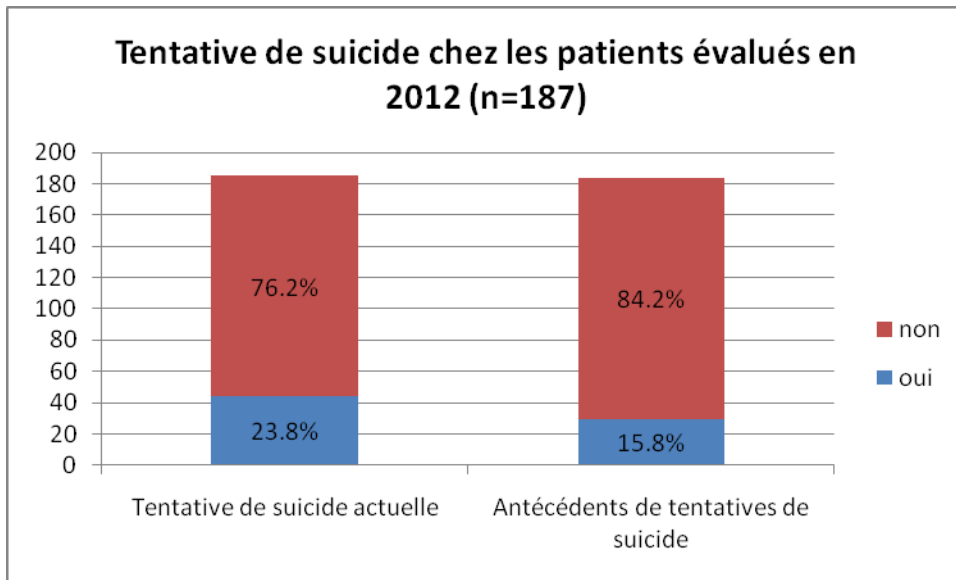


Deux tiers des adolescents verbalisent des idées suicidaires au moment de l'évaluation et un peu plus de la moitié reconnaissent avoir déjà eu des idées suicidaires.

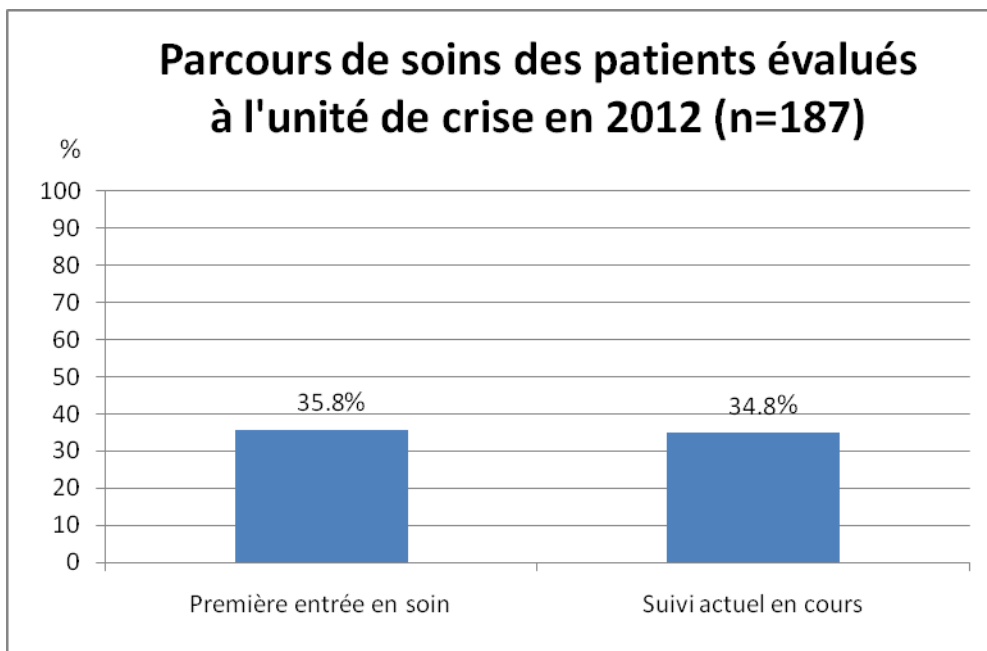
Les patients qui ne verbalisent pas d'idées suicidaires au moment de l'évaluation sont des adolescents dans une situation critique.

L'hypothèse est que les idées suicidaires sont présentes mais ne sont pas toujours avouées mais leur comportement en dit plus que des mots sur le message qu'il souhaite faire passer.

Cela peut être un premier temps du travail que de penser avec l'adolescent comment il qualifie ces conduites et comportements à risque.

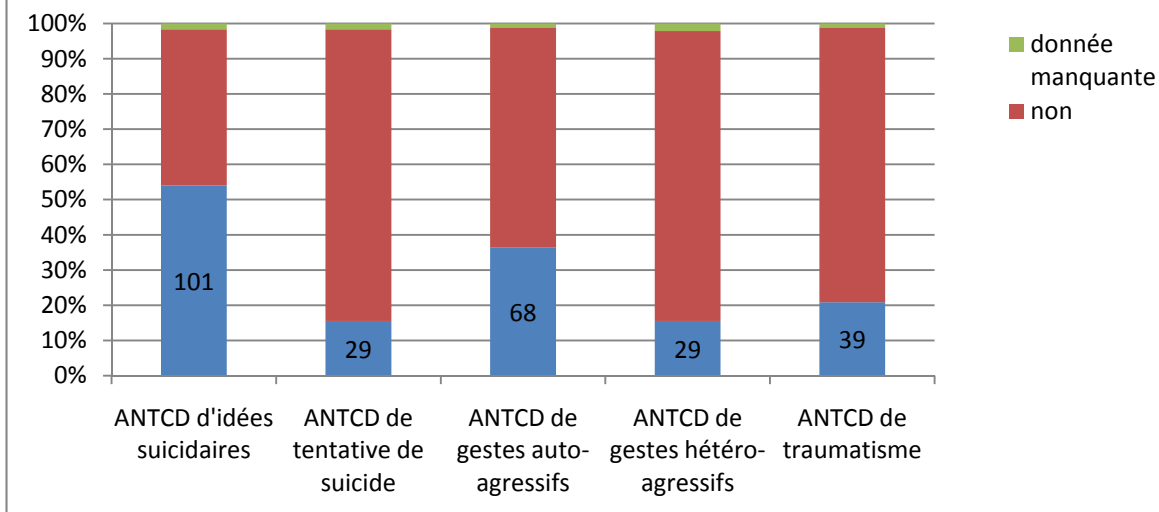


Seuls 20 % des adolescents ont fait une tentative de suicide avant l'admission à l'unité de crise. Les tentatives de suicide ne sont pas prises en charge qu'à l'UC ; notre modèle de soins demande un engagement de l'adolescent dans les soins. Pour les adolescents qui ne peuvent s'engager dans le soin volontaire, un transfert dans une autre unité d'hospitalisation du SPEA est parfois nécessaire. Cet aspect est actuellement mis au travail car en rajeunissant la population, cet engagement est parfois difficile. Nous proposons aux parents, selon les cas de prendre une part active à la réflexion. La recherche d'un antécédent de tentative de suicide est essentielle. C'est le premier facteur de risque d'une nouvelle tentative de suicide.



Plus d'un tiers des adolescents rencontrent les soins pour la première fois avec le suivi à l'Unité de Crise. Un tiers a un suivi en cours. Nous déduisons qu'un petit tiers a déjà bénéficié de soins mais n'a pas pu s'engager dans un suivi. Cette répartition montre le défi de pouvoir engager l'adolescent dans les soins. Il souligne selon nous l'importance du réseau devant le risque toujours présent de drop-out.

Problématiques pré-existantes chez les patients évalués à l'unité de crise en 2012 (n=187)



Deux tiers des adolescents sont passés à l'acte, soit une tentative de suicide, soit une attaque au corps, soit une crise clastique.

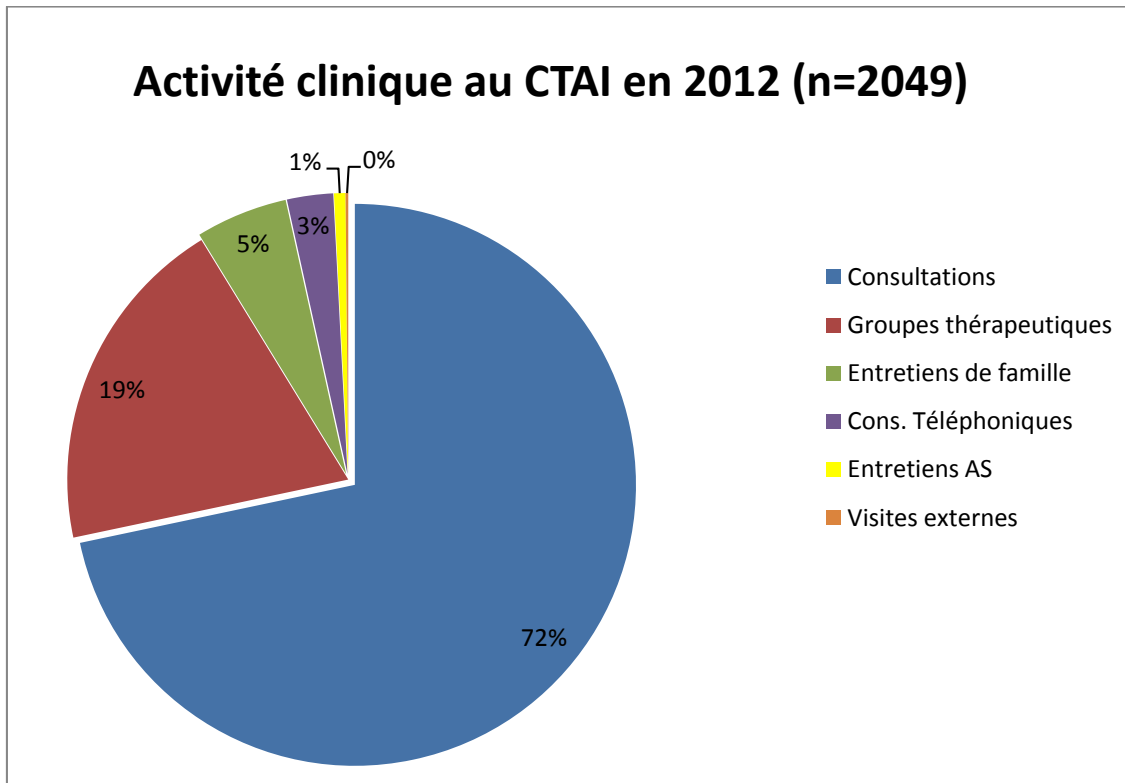
21 % des adolescents décrivent un antécédent de traumatisme. Les parcours de vie chaotique (deuil précoce, rupture intra-familiale, abus sexuel, migration) sont présents dans l'anamnèse des adolescents qui se présentent à l'UC, plus importante que dans la population générale.

3) CTAI : Centre de traitement ambulatoire intensif

Cette année ce sont 192 adolescents qui ont été reçus au CTAI (187 évaluations ainsi que 5 suivis débutés fin 2011). L'activité clinique ambulatoire comptabilise **2231 actes au total, dont 2049 en contact avec l'adolescent et/ou sa famille**. Ces 2049 actes correspondent aux 192 suivis en cours et/ou débutés en 2012.

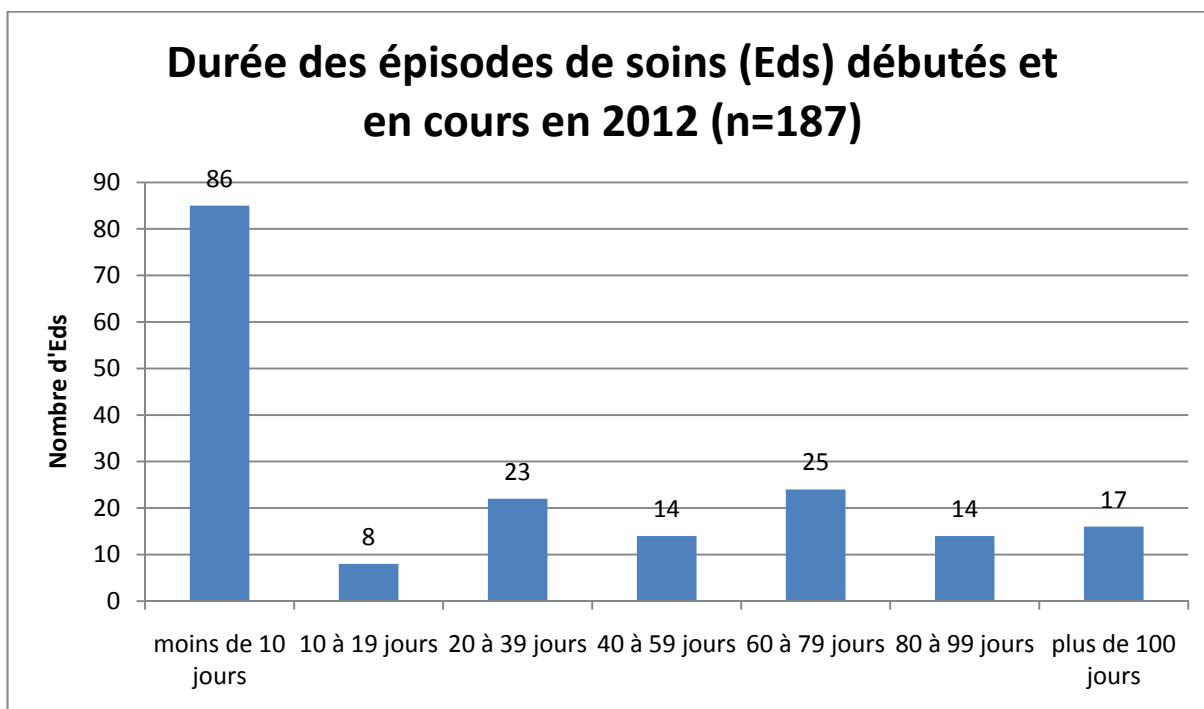
Ces actes sont répartis en :

- 1408 consultations en présence de l'adolescent (entretien infirmier, médico-infirmier, médical ou psychologue)
- 384 groupes thérapeutiques
- 104 entretiens de famille
- 52 consultations au téléphone
- 13 entretiens avec l'assistante sociale
- 3 visites externes



Notre activité est essentiellement une activité de consultations. Le tiers est assuré par les infirmiers seuls, ce qui permet la souplesse d'entretiens les week-ends. Les groupes prennent une place importante également dans notre panel de soins.

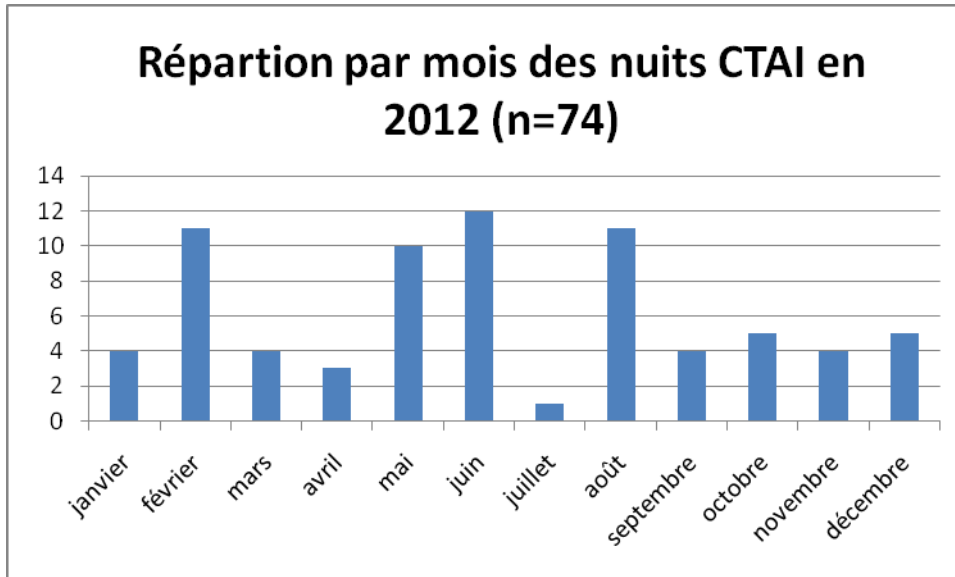
Même modeste, les consultations au téléphone sont aussi figurées dans l'activité que nous proposons. Nous n'avons pas comptabilisés tous les appels mais ceux à qui il est clairement nommé à l'adolescent que cet appel se substitue à un entretien en présence. N'est donc pas pris en compte une certaine activité invisible où les adolescents peuvent nous appeler suite à un évènement estimé important dans la prise en soin, un retour de rendez-vous important, un décalage d'entretiens etc.



La moyenne est de 36 jours avec la majorité des suivis inférieurs à 19 jours (cette population correspond aux adolescents orientés vers les lits d'hospitalisations, ou à un deuxième ou un troisième épisode de soins).

Encore 30% des suivis dépassent les 60 jours qui sont la durée que nous nous étions fixés.

Ce qui guide la fin du suivi correspond aux objectifs fixés et en particulier au suivi post-UC. Ces suivis à entreprendre peuvent être soumis à différents aléas. Une rencontre n'est pas quelque chose que nous puissions imposer. Nous tâchons d'accompagner les adolescents dans les premiers pas de la psychothérapie ambulatoire et/ou dans leur projet social ou scolaire. Les familles sont également soutenues.

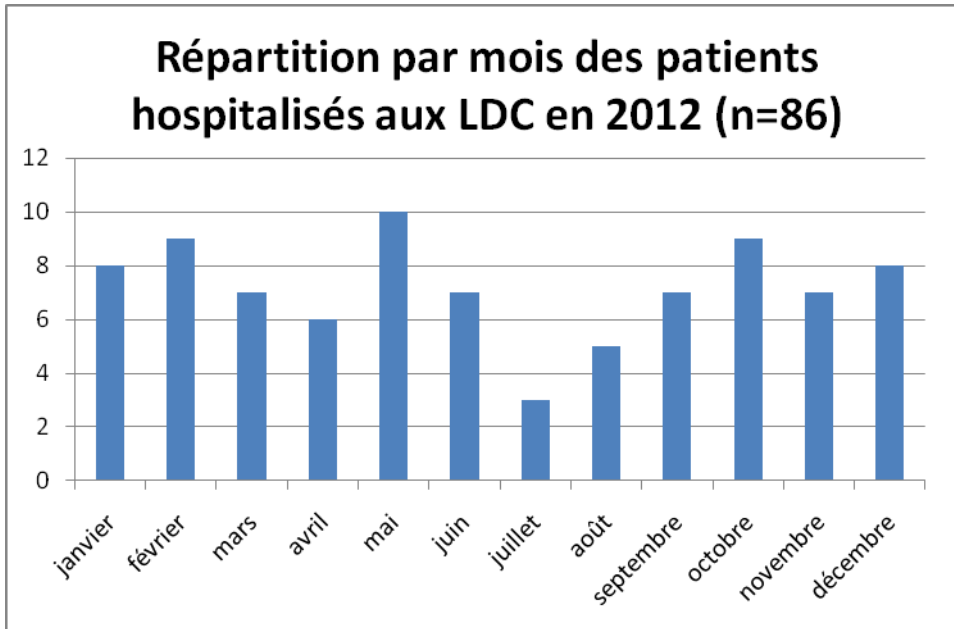


L'utilisation des lits ambulatoires reste limitée par rapport à la possibilité d'accueil (10% de l'accueil potentiel). Pour autant, ce dispositif permet d'éviter des hospitalisations. Nous avons aussi, dans certaines situations, tenté des nuits programmées qui ont permis d'apaiser des situations de tension psychique et/ou familiale.

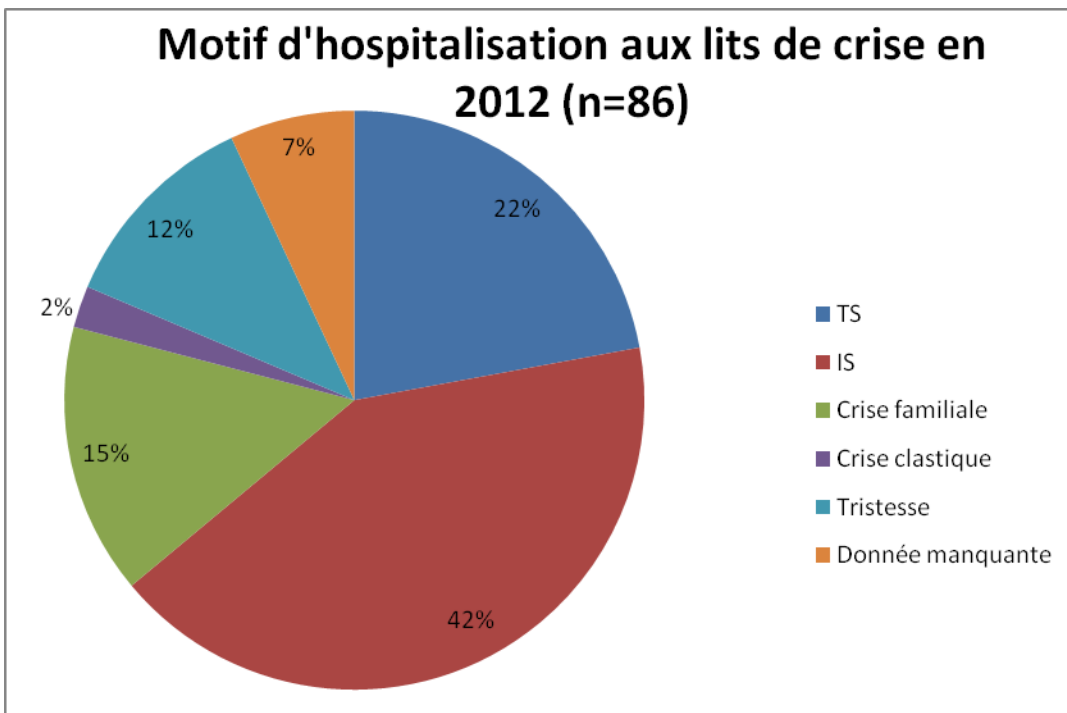
4) LCD : lits de crise

Au cours de l'année 2012, les lits de crise ont accueilli **86 adolescents**.

La **durée moyenne de séjour a été en 2012 de 18,36** jours qui se situent dans la continuité des autres années. Le **taux d'occupation moyen a été de 75,26 %**.

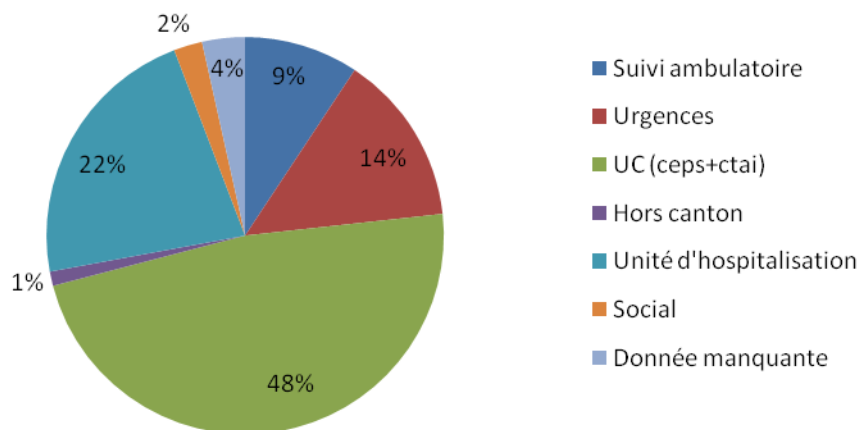


Le rythme de l'année est un peu moins marqué qu'en ambulatoire mais la baisse d'activité permet cependant une fermeture des lits, l'été.

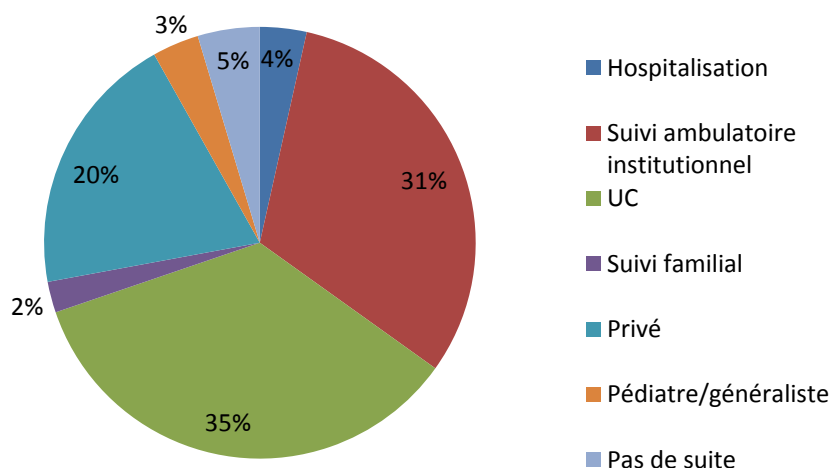


Comme pour le suivi ambulatoire intensif, seul 2/3 des adolescents reconnaissent un mouvement suicidaire franc. La crise familiale peut représenter tantôt un facteur de risque de mouvement suicidaire, tantôt un facteur de crise. La tristesse n'est notée que lorsque l'adolescent ne peut reconnaître que cet affect et ne nomme ni tentative de suicide ni idées suicidaires.

Provenance des patients hospitalisés aux LDC en 2012 (n=86)



Réorientation des patients hospitalisés aux LDC en 2012 (n=86)



Ces deux schémas parlent du réseau.

Nous relevons que dans la provenance et l'orientation des lits de crise, le CTAI est la première provenance et la première destination. Le séjour hospitalier est souvent encadré par un travail de crise ambulatoire, soit qui précède l'hospitalisation, soit qui le suit, soit même les deux. L'ambition serait de banaliser ce suivi hospitalier dans une prise en charge plus globale, il ne serait qu'un temps dans le suivi de l'adolescent à l'Unité de Crise.

Bilan de la section soin de cette année 2012

Dans son rapport d'activité de 2011, Aurora Venturini soulignait les partis pris de l'UC en 10 ans, en lien avec l'évolution de la clinique (de 50% de tentamen, nous sommes à 20% chez les adolescents reçus à l'UC ; le taux de suicide a chuté à Genève pour atteindre 0 cas en 2010 dans la tranche des 15-19 ans), du rajeunissement de la population et du contexte de changement de département (de la psychiatrie à la pédiatrie en mai 2007) et de l'arrivée de François Ansermet le 1^{er} octobre 2007.

Ainsi, les thérapies à médiation, les groupes et l'accueil des familles sont devenus des points à développer et l'équipe pluridisciplinaire dans sa globalité a pensé l'offre de soins qu'elle pouvait proposer. Se sont ainsi développés le sociodrame, le groupe fiction, le groupe art-thérapie ambulatoire, le psychodrame, le photolangage...

Concrètement, le point essentiel paraît être l'ouverture du CTAI et la réflexion sur l'approche groupale. Pour les familles, une réorganisation est en cours pour permettre d'accueillir ces familles en détresse au plus vite. Le médecin chef de clinique des lits de crise joue un rôle plus proche des familles et de supervision auprès de l'équipe et du médecin interne.

Les garçons restent une population difficile d'accès même si le CTAI a permis que les premières rencontres avec les garçons puissent aboutir à un suivi de crise ambulatoire. Sans doute pouvons-nous être aussi reconnaissants au CTAI de limiter les drop-outs. Ainsi, lorsque Christine Ferron et Pierre-André Michaud ont proposé leur évaluation du fonctionnement de l'unité de crise pour adolescents des HUG la première année (janvier 1998), ils relevaient que seul 50% des adolescents rencontrés acceptaient la prise en charge proposée. Cette année, 78% (167) des adolescents acceptent un contrat de soin, ambulatoire ou hospitalier dans notre unité, et il faut encore ajouter 20 évaluations où les adolescents sont réorientés vers une consultation directement, (OMP, privé, adulte) à hauteur de 10%.

Si nous relevons une certaine baisse d'hospitalisations cette année, il est à relever que l'offre de soins s'est étoffée au sein du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :

- Ouverture des lits d'évaluation et lits d'observation (été 2011)
- Ouverture de l'hôpital de jour (octobre 2011)
- Ouverture de l'UAPH (Unité ambulatoire péri-hospitalière) (décembre 2011)

D'une unité idéale, nous pouvons devenir une unité divisée au sens de limites, mais bel et bien vivante. Il s'agit d'être inscrit dans la cité, de laisser la place et la confiance en l'adolescent et sa famille tout en bordant ou en ponctuant les moments de débordements. La parenthèse artificielle que représente la prise en charge à l'UC, ne doit pas être trop fermée. Elle doit au contraire s'ouvrir vers les partenaires du réseau, reconnaître qu'on ne peut pas tout faire tout seul, que les chemins sont différents et qu'il n'en existe pas qu'un. Dans le même temps, elle figure une rupture nécessaire, structurante à ce qui existait « avant » et a pour ambition que l'adolescent soit de plus en plus acteur de ses actes, de son discours et ose s'aventurer sur un « après », encore inconnu et inquiétant, mais qui lui appartient et sur lequel il peut à nouveau se sentir acteur.

Le contexte actuel, fait de plans économiques, convoque paradoxalement notre créativité, et nous demande de revenir à l'esprit essentiel qui a guidé le désir de ceux qui se sont lancés dans l'aventure de l'UC. A savoir François Ladame, Jérôme Ottino, Maja Perret-Catipovic, et après eux Aurora Venturini et François Ansermet. Leur désir, leur foi en cette idée que « le suicide n'est pas une fatalité », a convaincu la fondation Children Action à investir et à collaborer étroitement avec les Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ainsi, guidés par une clinique et une réalité institutionnelle mouvante, nous tâchons de nous adapter, de nous accorder, de nous ajuster, se laissant enseigner par les adolescents tout en assumant la tendresse que nous pouvons avoir pour ceux qui s'intéressent à leur désir au point de n'en rien vouloir céder.

Et c'est ce parti pris, que l'adolescent est avant tout tourné vers la vie, y compris quand il convoque la mort, que nous souhaitons défendre. Derrière l'angoisse de vivre, le désir est proche et ne demande qu'à pouvoir s'énoncer.

Anne Edan, Médecin Adjoint Responsable de l'Unité de crise

5) CEPS : Centre d'étude et de prévention du suicide

En février 2012, j'ai débuté dans la fonction de psychologue responsable du CEPS, à la suite de Maja Perret Catipovic, avec une équipe partiellement renouvelée.

Mon souhait a tout d'abord été de prendre connaissance des modes de fonctionnement du centre et de rencontrer les partenaires du réseau de collaborations.

Avec le recul de quelques mois d'activité, je me suis posée trois objectifs.

Le premier, de nature clinique, vise à approfondir la réflexion sur les différentes activités cliniques du centre, en particulier sur les interpellations médiatisées par le téléphone et internet et sur leurs articulations avec la consultation en présence.

Le second est orienté sur le développement d'un réseau de suivi des jeunes à risque suicidaire dont l'adhésion au soin est discontinuée et/ou qui ne bénéficient pas d'un cadre et d'un projet de vie suffisamment contenant pour les sécuriser dans la crise existentielle qu'ils traversent.

Le troisième s'inscrit dans la continuité de l'immense travail préalablement déployé par le CEPS afin de répondre et de proposer des espaces de sensibilisation, de formation et de conversation au service des préventions universelle, sélective et indiquée.

Les activités

Les principales missions du CEPS sont :

- évaluer le risque suicidaire dans les plus brefs délais
- proposer la prise en charge la plus appropriée à chaque situation
- développer et travailler en lien avec les partenaires du réseau santé-social
- renforcer les compétences et ressources de l'entourage
- contribuer à la formation des professionnels en contact avec des adolescents à risque suicidaire
- informer le grand public sur le suicide des jeunes
- approcher les groupes à risque par la formation de sentinelles dans les lieux qu'ils fréquentent, le dépistage et l'adaptation des messages de prévention
- prévenir les phénomènes d'imitation de mise en danger, fréquents chez les adolescents.

La dotation du CEPS en termes de postes de psychologues est analogue aux précédentes années.

L'équipe assure de 8h à 18h les jours ouvrables :

- l'accueil téléphonique sur la « HelpAdoLine »,
- la répondeur aux messages adressés à preventionsuicide@hcuge.ch et www.ciao.ch,
- les activités cliniques de consultations thérapeutiques et de guidances parentales,
- ainsi que les différentes activités de communication avec les médias et le large public
- et de formation auprès des professionnels de la santé et du social, sous forme de conférences, de cours et d'écrits.

Contribuent également à la réception des appels l'équipe médicale et, de 18h à 8h les jours ouvrables et 24/24 les jours fériés, l'équipe infirmière des Lits de crise de l'unité.

Le suivi des situations fait l'objet d'un travail de collaboration coordonné par les responsables des différentes équipes.

L'accueil est assuré avec une expertise clinique et grand professionnalisme par tous.

L'objectif principal du CEPS est de conduire le jeune « à risque suicidaire » vers la rencontre d'un professionnel, afin de lui permettre d'élaborer la crise existentielle qu'il traverse et d'opter pour un choix de vie. La rencontre est au service du sujet en devenir.

Quand le jeune n'est pas favorable à cette rencontre, le CEPS est au service des proches des réseaux primaire (famille et amis), secondaire informel (voisins) et secondaire généraliste et spécialisé (professionnels de la santé et du social, associations, etc.).

Et lorsque la situation ne relève pas du CEPS, l'appelant est réorienté vers un service plus approprié par rapport à son âge, ses besoins ou son lieu de vie. Le CEPS assure un accompagnement soutenu de ces passages en prenant par exemple contact avec la structure relais pour introduire l'appelant, s'il le souhaite.

Cette année 2012, le CEPS a assuré:

- La co-animation d'un symposium au 1^{er} congrès européen de psychiatrie sociale (ECSP) le 6 juillet à Genève avec les équipes médicale et infirmière de l'Unité de crise.
- La mise en place et la co-animation d'un colloque à l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide, intitulé « Le réseau à l'épreuve de la crise suicidaire à l'adolescence » qui s'est déroulé le 11 septembre à Genève. A nouveau, cette organisation a été assurée en lien avec les équipes médicale et infirmière de l'Unité.
- Des activités d'enseignement dans le cadre du MAS Cuso chapeauté par les Universités de Fribourg et de Lausanne (sur invitation de Mme V. Camos, professeure) et du MAS en Evaluation et en Intervention Psychologique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève (sur invitation de M. M. Debbané, maître d'enseignement et de recherche). Ainsi que la conduite d'un séminaire de lecture CEPS au sein de l'Unité de crise en collaboration avec Anne Edan.
- Des rencontres avec les médias sous forme d'interviews filmées ayant donné lieu à trois magazines audiovisuels :
 - o Pulsation TV publié le 20 septembre 2012 intitulé « Le mal-être à l'adolescence ». http://www.dailymotion.com/video/xthfmh_le-mal-etre-a-l-adolescence_tech
 - o Reportage Grand Format du 19:30 le journal de la Télévision Suisse Romande du 4 octobre 2012 intitulé « En parler pour désamorcer ». <http://www.rts.ch/video/info/journal-19h30/#/video/info/journal-19h30/4325085-19-30-le-journal.html>
 - o Magazine Cath.ch intitulé « la pastorale face au suicide des jeunes, un nouveau lieu d'évangélisation » publié le 14 novembre 2012. <http://www.cath.ch/detail/la-pastorale-face-au-suicide-des-jeunes-un-nouveau-lieu-d%E2%80%99%C3%A9vang%C3%A9lisation>.
- Et une interview pour le journal Pulsation-magazine des mois de septembre-octobre ayant donné lieu à la rédaction d'un article « Parler du suicide, oui. Mais comment ? ».
- Différentes interviews d'étudiants rédigeant des mémoires sur le thème du suicide des jeunes et de la prévention dans le cadre de leurs études.
- La participation à un « café parent » en lien avec l'association Stop Suicide dans un collège genevois.

D'autre part dans le cadre de la prise de contact avec le réseau des partenaires de la prévention du suicide des jeunes, différentes rencontres ont eu lieu et en particulier avec :

- L'Association Stop Suicide (Mme A.-M. Trabichet)
- l'Association Ciao (Mmes E. Fernandez et A. Dechambre)
- La fondation officielle de la Jeunesse (M. J.-J. Gerber)
- Le Service santé jeunesse (Mme F. Teylouni)
- la section genevoise de l'Alliance contre la dépression – DARES (M. Haefliger et Mme L. Thadikaran-Salomon)
- la Main tendue « 143 » (Mme Y. Liebkind)
- La Haute école en travail social de Genève (Prof. J. Libois et M. Anzules)
- La Haute école en travail social de Fribourg (Prof. A. Castelli Dransart)
- L'Association Astural (Mme D. Chautems Leurs)
- Quelques réseaux pour adolescents français à savoir notamment le Rés82 (Dr. Pavoine) et le

Le réseau est comme nous l'avons dit plus haut un de nos objectifs primordiaux, car si le jeune à risque suicidaire traverse un moment de discontinuité dans son parcours, la discontinuité inhérente à la prise en charge des personnes médiatisée par les institutions doit être aussi minime que possible.

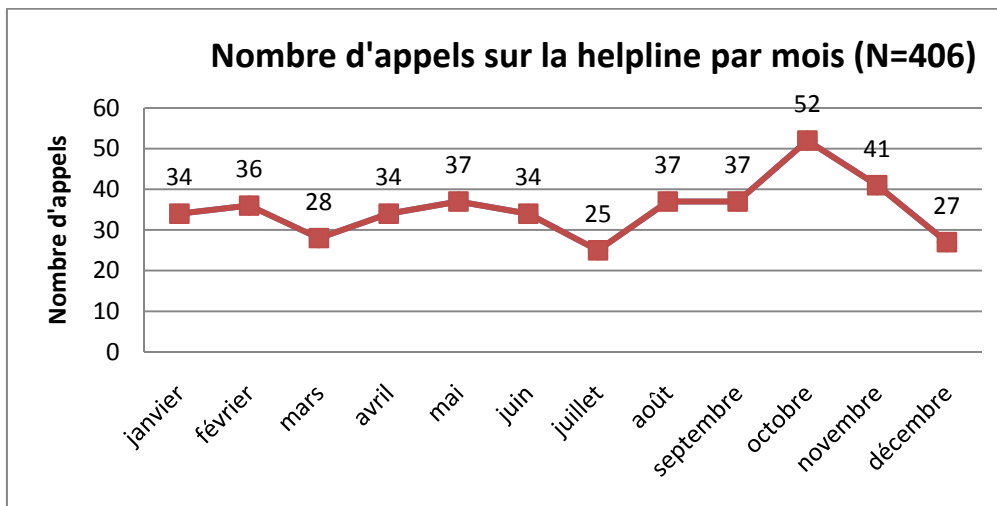
La ligne téléphonique HelpAdoLine 022 382 42 42

Cette année 2012, les équipes de jour (CEPS) et de nuit (Lits de crise) ont géré 530 appels.

Les situations comportant un risque suicidaire imminent voire immédiat, requièrent le plus souvent plusieurs échanges téléphoniques (parfois jusqu'à 5 pour une même situation sur une journée ou une nuit). C'est également le cas lorsque le contact est établi par un tiers qui se préoccupe pour un jeune et que la situation comporte un risque élevé.

Sont recensés, sur le tableau ci-dessous, les premiers appels d'un jeune ou de ses proches par tranche horaire de travail d'un professionnel, ce qui représente 406 appels. Régulièrement l'appelant recompose le numéro de la HelpAdoLine, lorsque par exemple il a eu besoin d'un temps de réflexion ou que, dans les cas des proches, ils sont retournés auprès du jeune pour lui soumettre une proposition de rencontre avec soignant. Ces 124 seconds ou troisièmes rappels, conduisant le nombre total d'appels entrants à 530, ne sont pas comptabilisés dans ce graphique.

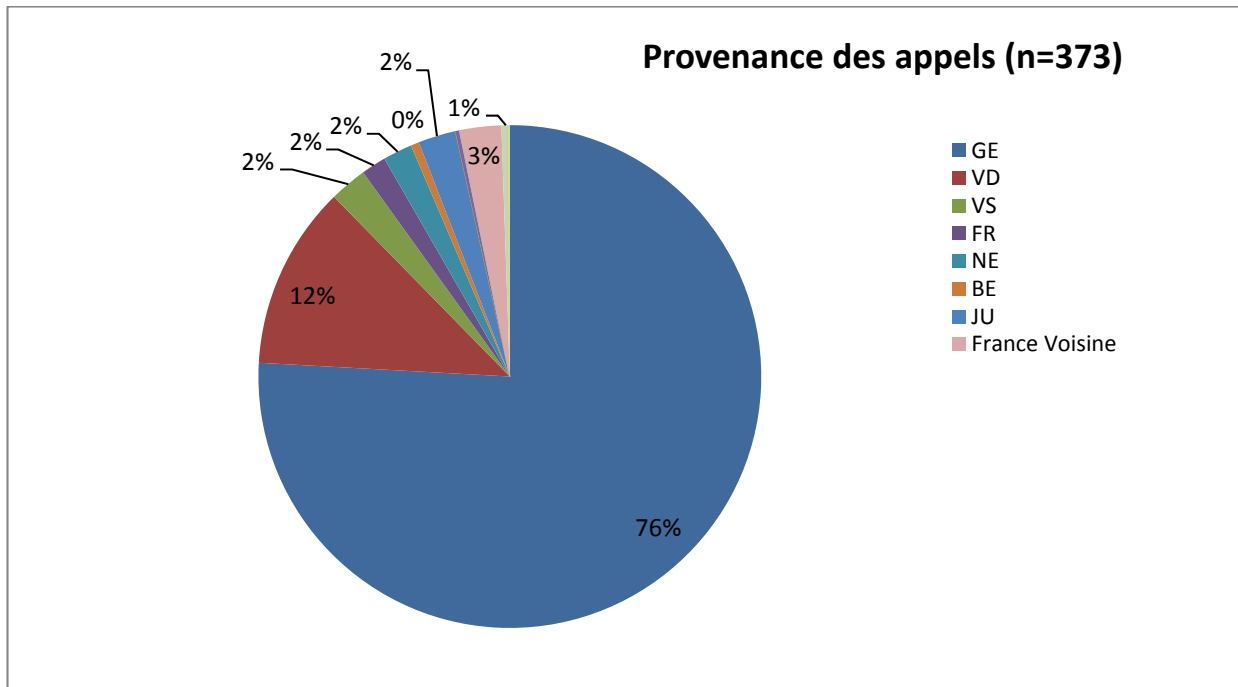
Lorsque l'appelant recompose le numéro de la HelpAdoLine le lendemain ou quelques jours plus tard, son appel est considéré comme un nouvel appel.



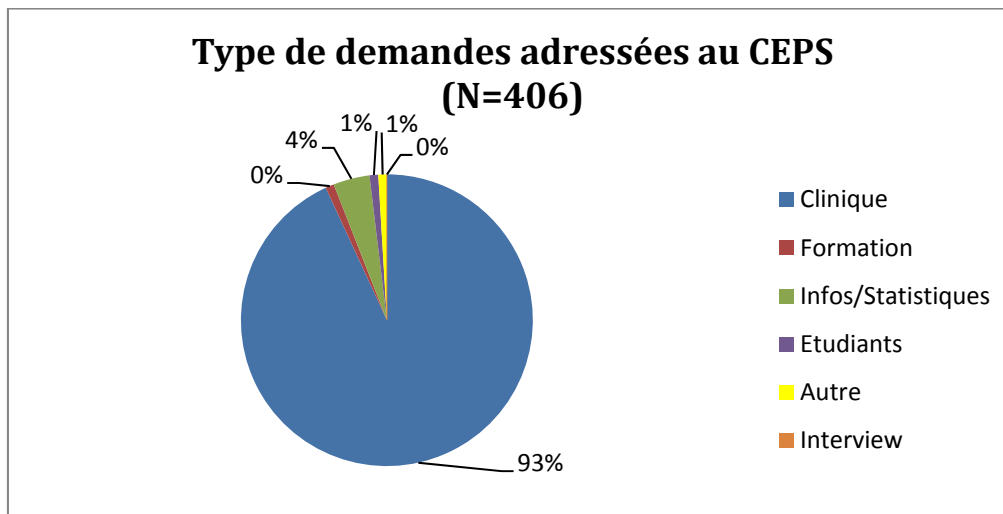
Nous constatons que la répartition par mois est assez régulière, avec une hausse durant l'automne.

Sur les 406 nouveaux appels, nous ne disposons pas toujours d'informations précises concernant l'appelant, raison pour laquelle les tableaux suivants sont établis sur une autre référence numérique. Cette variation tient notamment du fait que parfois l'appelant reste silencieux, souhaite garder l'anonymat ou aspire seulement à être écouté, par exemple parce que son psychologue est absent ou que quelque chose ne parvient à être exprimé dans la relation.

Arrêtons-nous maintenant sur la provenance des appels.



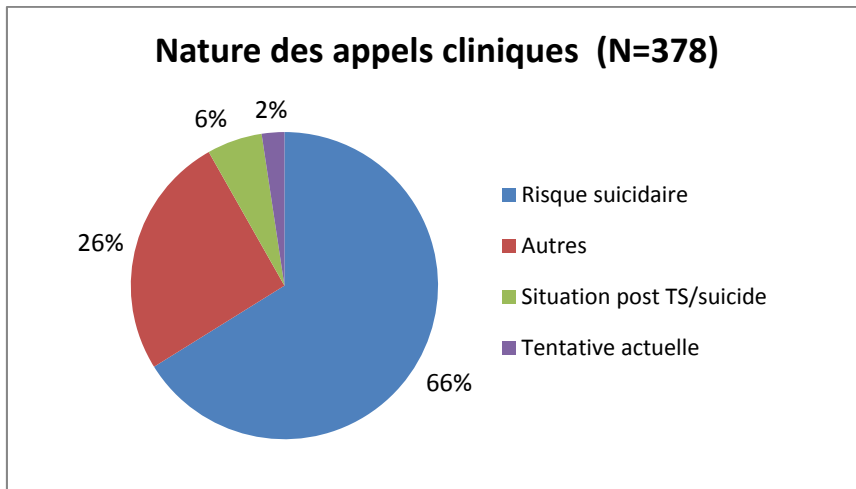
Nous constatons que les trois quarts des appels proviennent du canton de Genève et quelques 12% du canton de Vaud. Les autres cantons francophones apparaissent toujours, mais dans une moindre mesure. Il en est de même pour la France voisine. Si nous recevons des appels d'autres pays, c'est en général parce que les appelants ont utilisé des moteurs de recherche internet qui par le biais du mot « suicide » les ont conduit à notre ligne. Les appels de provenance extérieure à Genève sont réorientés sur les services locaux. En situation de risque élevé, un accompagnement téléphonique va être réalisé jusqu'à ce que l'écouter ait l'assurance d'un relai par des professionnels. Le CEPS prend à cœur de faire des recherches précises et d'accompagner l'appelant sur les ressources les plus appropriées à sa situation, même lorsque ce dernier réside à l'étranger. Il peut même arriver que nous entrions en contact avec des professionnels locaux pour transmettre les éléments nécessaires à l'accueil de la personne en détresse.



La grande majorité des demandes sont de nature clinique. Elles émanent, comme nous le verrons par la suite, tantôt du sujet en détresse, tantôt de tiers. Les 93 % répertorient des situations de risque suicidaire. Sous « autres » sont répertoriés les appels cliniques mal orientés ou les appels erronés. Quelques personnes appellent pour avoir des données statistiques relatives au suicide, comme des journalistes ou des professionnels travaillant sur le thème. Parfois ce sont des étudiants qui réalisent un travail sur le sujet et demandent une interview ou qui souhaitent faire un stage dans le centre. D'autres fois, il s'agit d'un service ou d'un particulier qui se renseigne sur la possibilité d'une formation sur le thème du suicide des jeunes.

Chacune de ces demandes est traitée avec soin et avec une attention particulière, afin d'adapter la réponse à la spécificité de chaque situation.

Centrons-nous maintenant sur le sous-groupe des demandes cliniques.

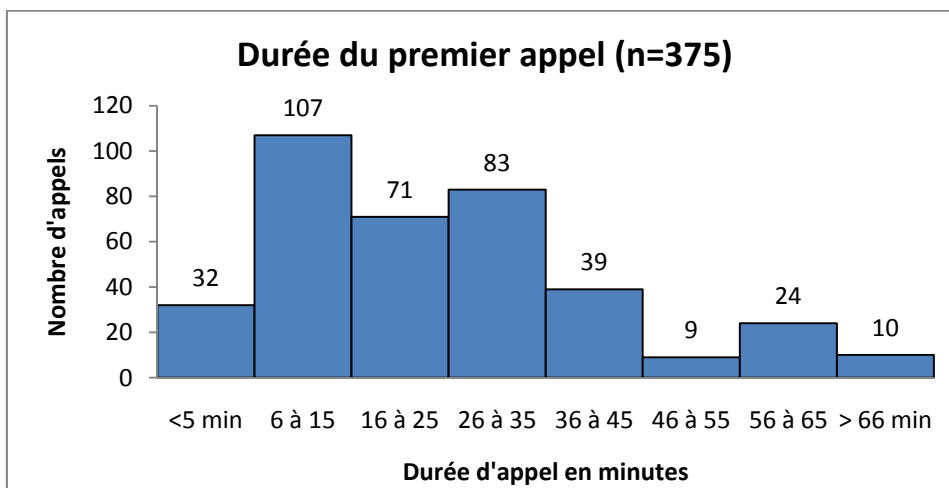


Nous pouvons constater que les trois quarts des appels concernent des situations de risque suicidaire, auxquels s'ajoute un 2% de situations où la personne est déjà passée à l'acte. Ces dernières situations sont très difficiles à manier et d'autant plus dans la cas de figure où la personne est au delà des frontières cantonales et qu'il faut contacter des services que les équipes ne connaissent pas forcément en direct. Dans 6 % des cas, les appels émanent de jeunes qui ont passé à l'acte et qui s'en sont sortis indemnes sans soins spécifiques ou sans que leur geste n'ait été identifié comme étant de nature suicidaire. Toujours dans ces 6% sont rescencés les appels de tiers ayant identifié des conduites de nature suicidaires chez un jeune ou qui se préoccupent pour l'ami d'un jeune ayant tenté de se suicider. Parfois ce sont des jeunes ayant été témoins d'une tentative de suicide qui demandent de l'aide pour eux-mêmes. Il arrive aussi qu'un appel soit consécutif à un décès par suicide et que la personne demande de l'aide pour elle-même ou pour un/des tiers.

Sous « autres » sont répertoriées les demandes relatives à des problèmes scolaires ou sociaux, les fugues ou situations de crise familiale, ou encore la recherche d'un lieu de soin. Il peut aussi s'agir d'appels dont il est difficile, lors du premier contact téléphonique, de cerner la demande. Dans ce dernier cas de figure, une poursuite des échanges est proposée afin d'aller plus avant dans l'évaluation clinique.

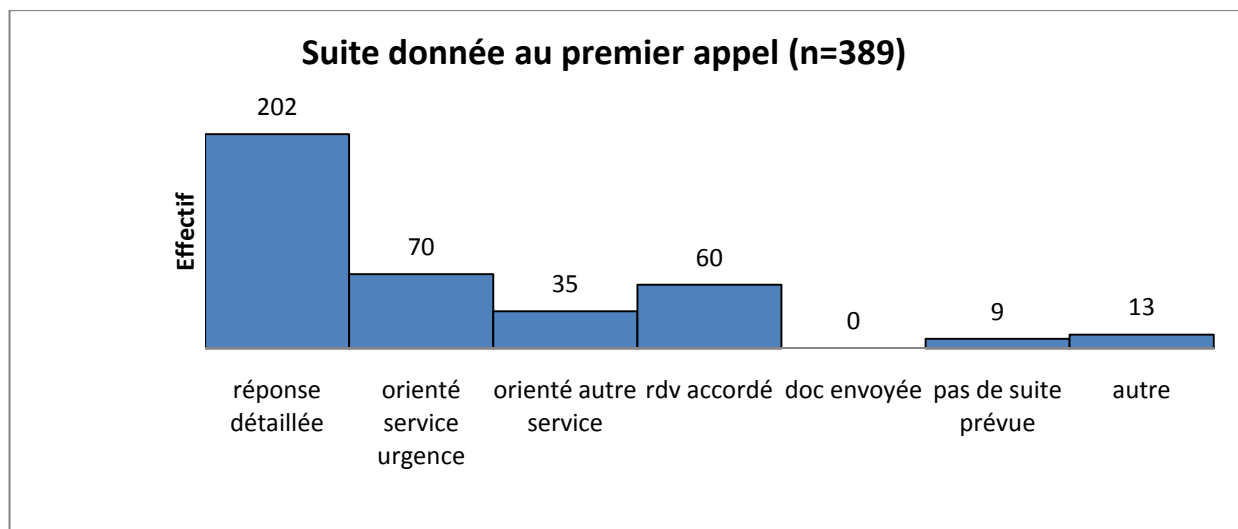
Le premier appel requiert une attention toute particulière. Dans un délai très court, le professionnel qui répond doit identifier l'enjeu de l'interpellation et évaluer le degré d'urgence. D'autre part pour que la crise existentielle que traverse le jeune puisse faire l'objet d'une élaboration, il est essentiel de le conduire à rencontrer un professionnel, à oser l'expression de ses revendications en présence.

L'écoute, au service de la cette rencontre, exige un maniement du temps et de la réponse tout à fait singulier.

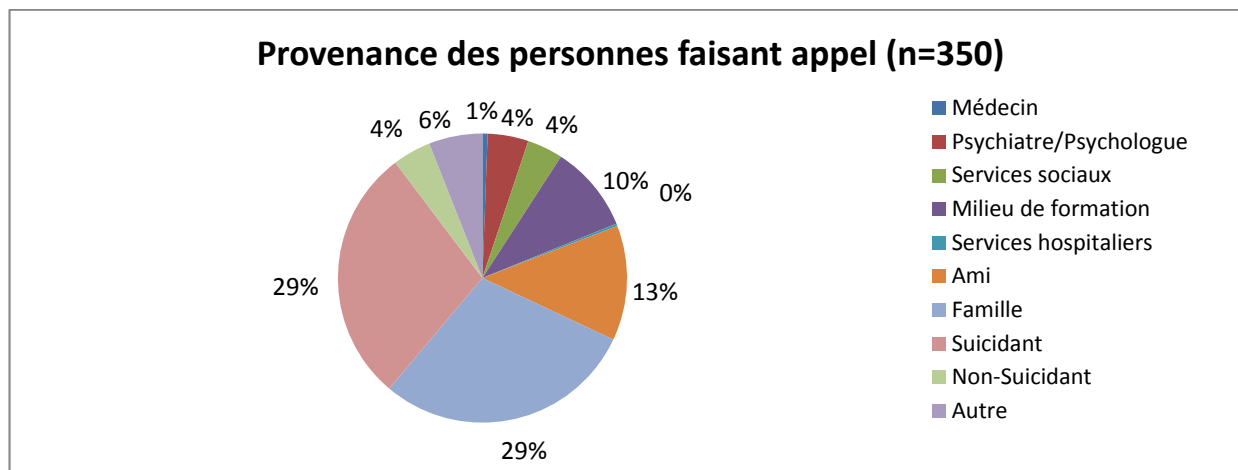


Comme nous pouvons le voir sur le tableau ci-dessus, plus de la moitié des premiers appels durent entre 15 à 45 minutes. Lorsqu'ils sont suivis de rappels, par exemple quand l'appelant conserve une position distante ou que l'interpellation émane d'un tiers à qui il a été proposé de faire part au jeune de sa démarche, le travail peut s'étendre sur plusieurs heures.

Et lorsque plusieurs écoutants se relaient pour une même situation une attention particulière est portée à la continuité de la contenance.

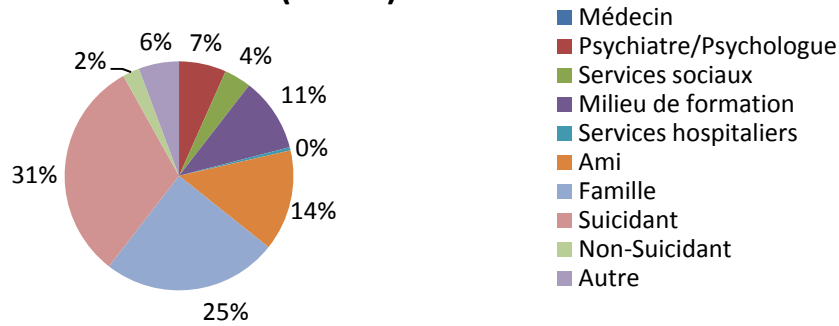


Nous constatons que pour 95% des appels, les suites données sont spécifiques. Dans la plupart des cas, le professionnel prend le temps d'établir une relation et propose un suivi sur mesure ; ce sont ces cas de figure qui sont répertoriés sous « réponse détaillée ». Lorsque la situation comporte une dimension urgente, l'appelant est orienté vers un service d'urgence et peut être accompagné au téléphone jusqu'à ce qu'il soit pris en soin. La mention « orienté vers un autre service » concerne en particulier les demandes non urgentes de jeunes domiciliés au-delà des frontières cantonales ou disposant déjà d'un réseau de soin ; le CEPS peut alors, avec l'accord du jeune, prendre contact avec les professionnels impliqués afin que le moment d'impasse qu'il a pu traverser puisse être repris avec ces derniers. Le CEPS peut aussi jouer le rôle de référent à la manière des traitements bifocaux.



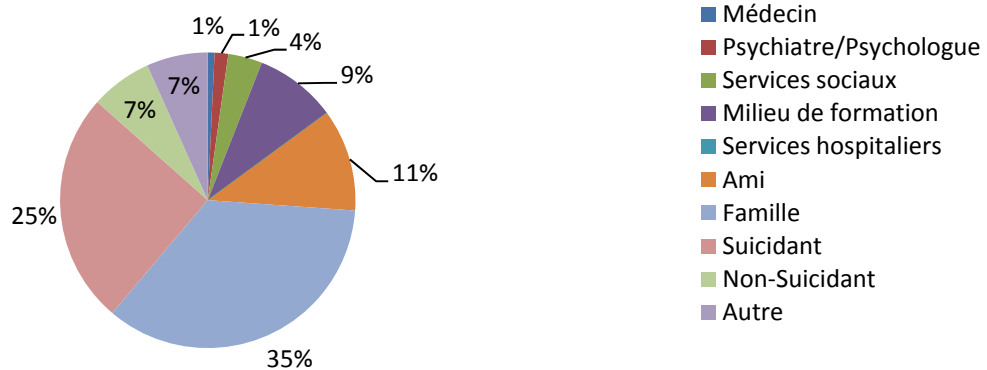
Comme par le passé, les trois quarts des appels émanent du jeune en situation de détresse ou de son réseau primaire (famille et amis). Nous constatons également que les milieux de formation sont des sentinelles précieuses. A noter que les jeunes interpellant pour d'autres jeunes ont, souvent, une bonne compréhension de la situation de leur camarade et ont des réactions très appropriées, ce qui parle en faveur des effets positifs des campagnes de prévention.

Provenance des personnes faisant appel pour des femmes (n=214)



Par ailleurs, si nous comparons la provenance des appels selon le sexe du suicidant nous retrouvons la tendance connue en faveur des femmes.

Personnes appelant pour des hommes (n=137)

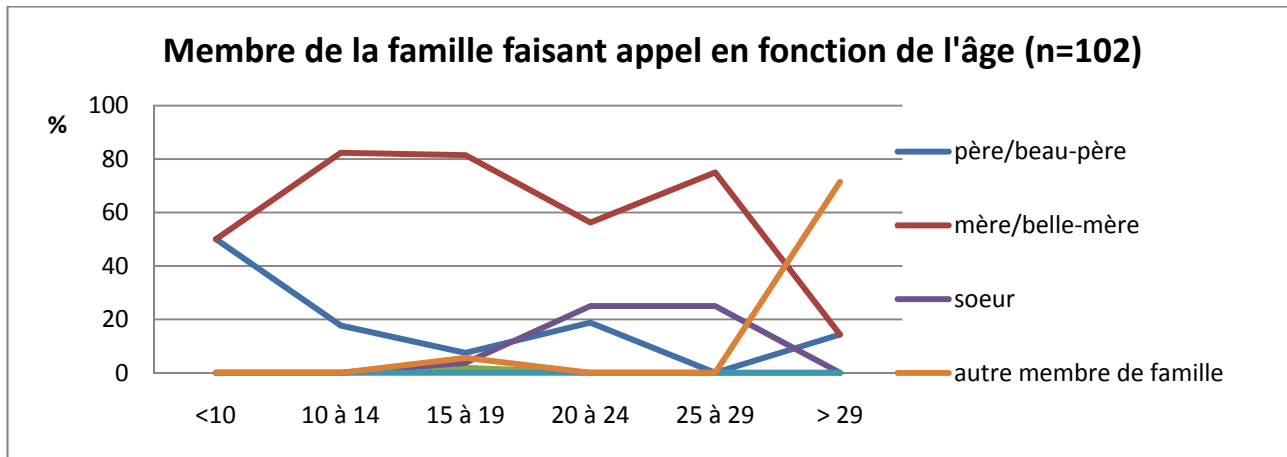


Pour les hommes, ce sont plus souvent les proches, en l'occurrence ici la famille, qui témoignent de leur préoccupation.

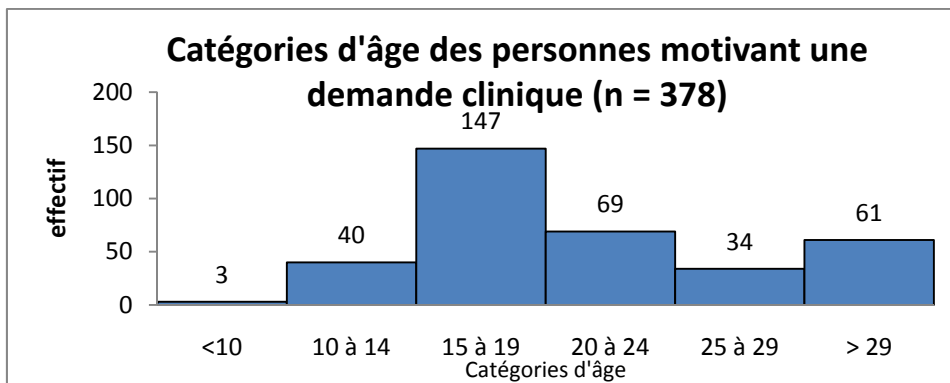
Membre de la famille faisant appel (n=102)



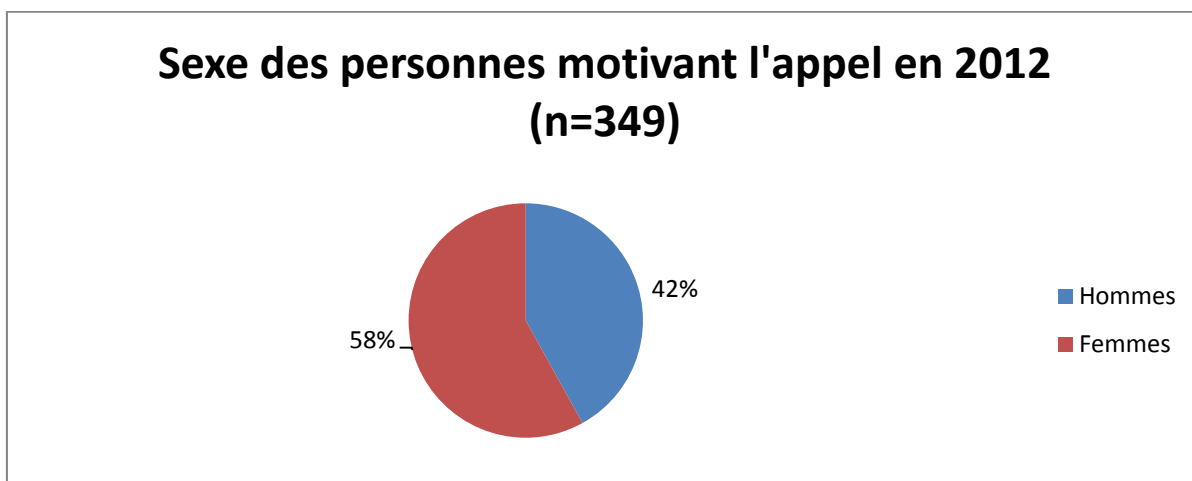
Nous constatons par ailleurs que le membre de la famille faisant le plus souvent appel est nettement la mère/belle-mère. Viennent en seconde position les pères/beaux-pères.



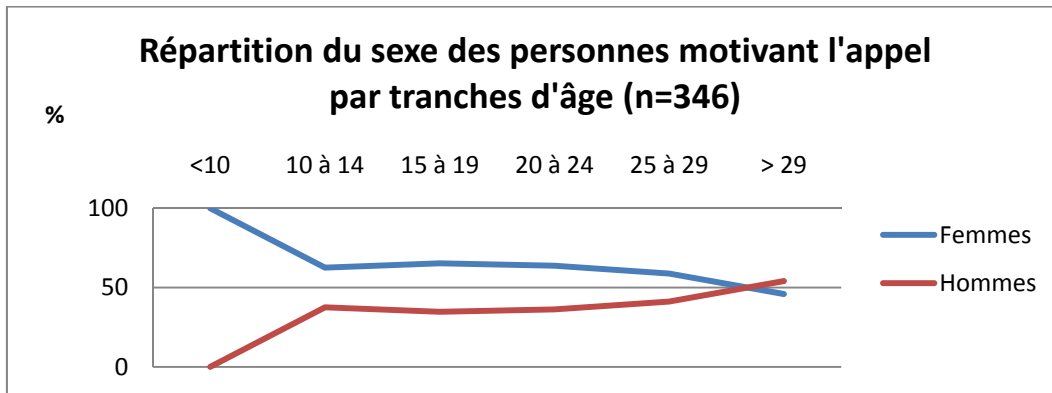
L'étude plus approfondie des appelants selon l'âge du jeune à risque signale que les pères appellent de manière générale rarement pour des jeunes de plus de 15 ans, alors que les mères restent impliquées plus longtemps : c'est après 25 ans que le taux d'appel des mères diminue en faveur des appels émanant d'autres membres de la famille.



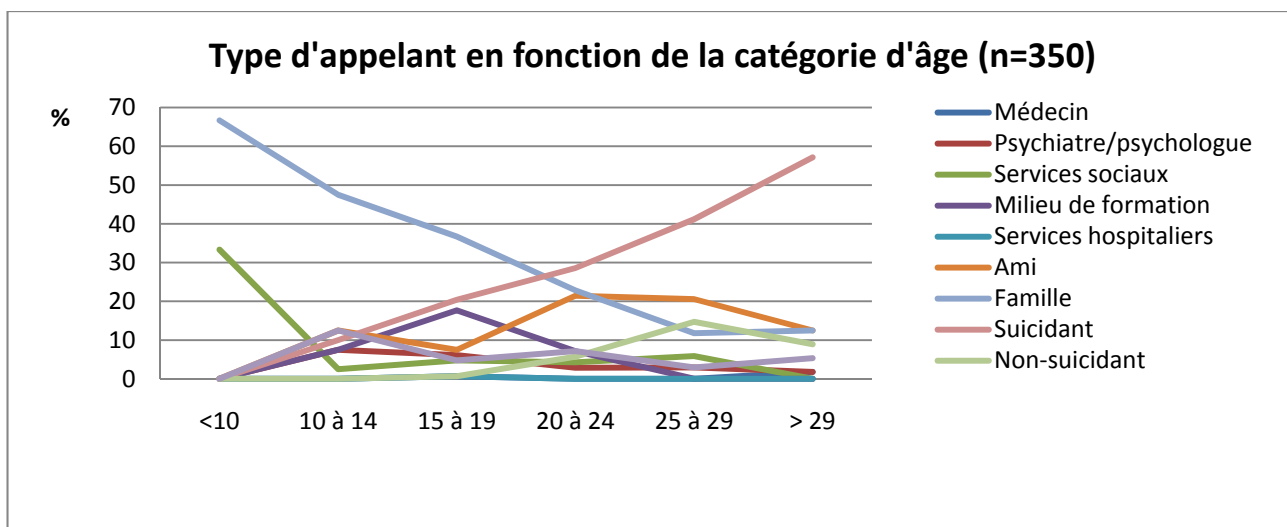
Le CEPS s'adresse aux adolescents de 13 à 21 ans, ainsi qu'à leurs proches, mais comme nous pouvons le voir un certain nombre de jeunes de plus de 21 ans interpellent la HelpAdoLine. Bien que ces situations ne soient, à termes, pas suivies par le CEPS, chaque appel fait l'objet d'une écoute attentive et d'une réponse personnalisée, préalablement à la réorientation vers un lieu de soin leur correspondant. Lorsqu'il est nécessaire d'aider la personne dans cette nouvelle démarche, cet accompagnement lui est proposé.



Plus de la moitié des appels sur la HelpAdoLine concernent des jeunes filles. Le taux pour les garçons est un peu inférieur.

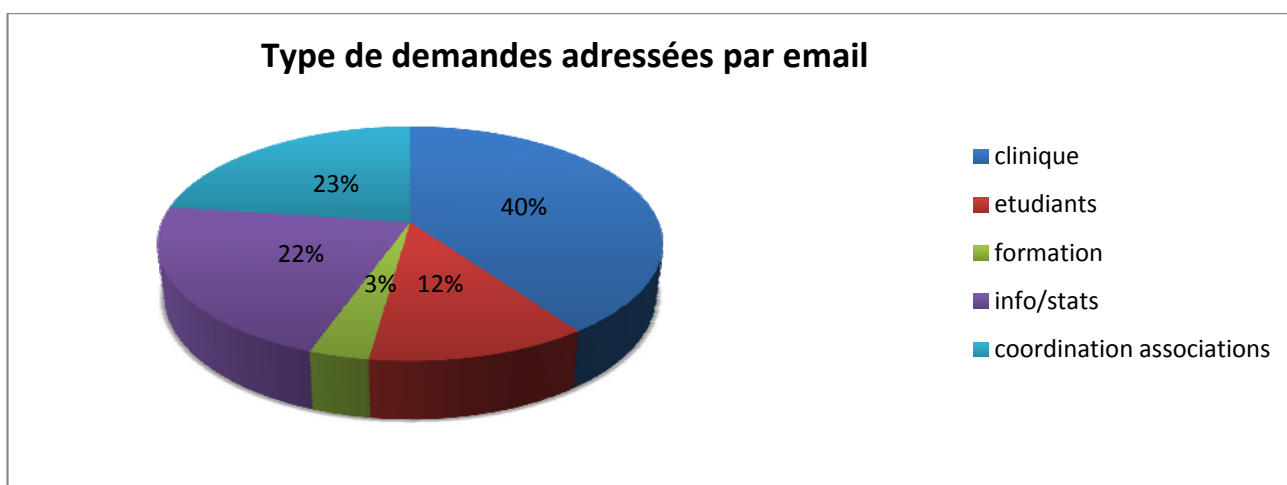


Il est intéressant de constater que la prépondérance des appels émanant ou concernant les jeunes filles est particulièrement marquée pour les moins de 20 ans. Dès cet âge, le taux de garçons interpellant ou étant signalés croît progressivement et dès 29 ans la tendance s'inverse.



L'adresse courriel preventionsuicide@hcuge.ch

Le nombre de messages reçus sur la boîte courriel « Prévention Suicide » en 2012 est de 92.

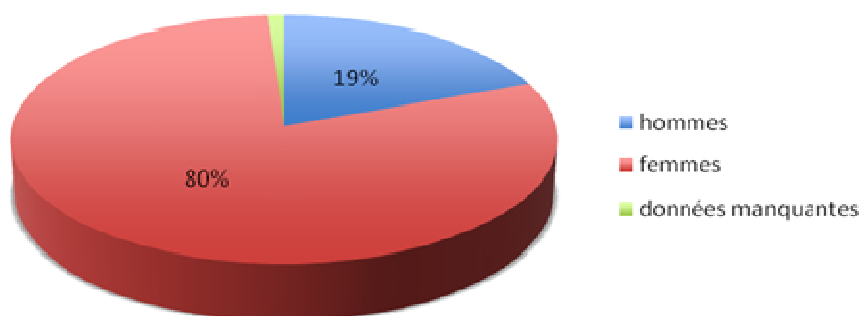


Un peu moins de la moitié des messages concernent des demandes cliniques, de personnes qui, le plus souvent, ne sont pas favorables à entrer en contact direct avec des professionnels ou à communiquer leur identité. Comme pour

les appels, la démarche du CEPS consiste à tisser un lien et à souligner l'importance d'une rencontre en présence pour que la crise existentielle que le sujet traverse puisse être élaborée. Plusieurs de ces échanges ont été gratifiés par des remerciements des internautes.

Un certain nombre de messages émanent d'associations partenaires œuvrant en faveur de la jeunesse, de la santé mentale et de la prévention du suicide et avec lesquelles le CEPS collabore étroitement. La voie informatique est également une modalité de contact utilisée par des étudiants réalisant des travaux sur le thème du suicide des jeunes et cherchant à s'entretenir avec un spécialiste. Un certain nombre de message émanent également de personnes demandant ou communiquant des informations statistiques sur le thème. Et finalement, quelques interpellations concernent des demandes de formations et d'intervention qui sont adressées au CEPS.

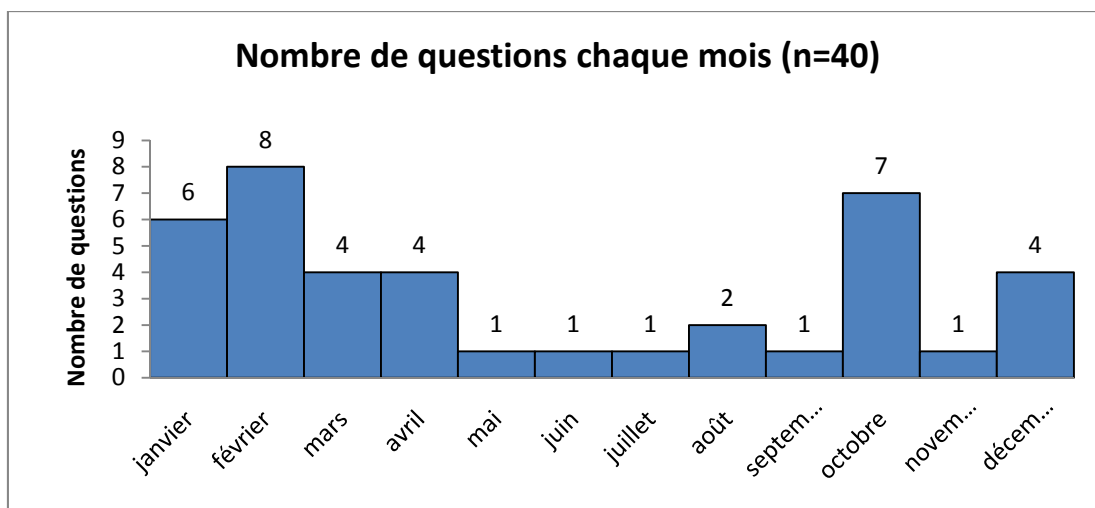
Sexe des personnes adressant un message



Et finalement comme pour les interpellations téléphoniques, nous retrouvons une prépondérance de femmes parmi les personnes qui contactent le CEPS par voie courriel.

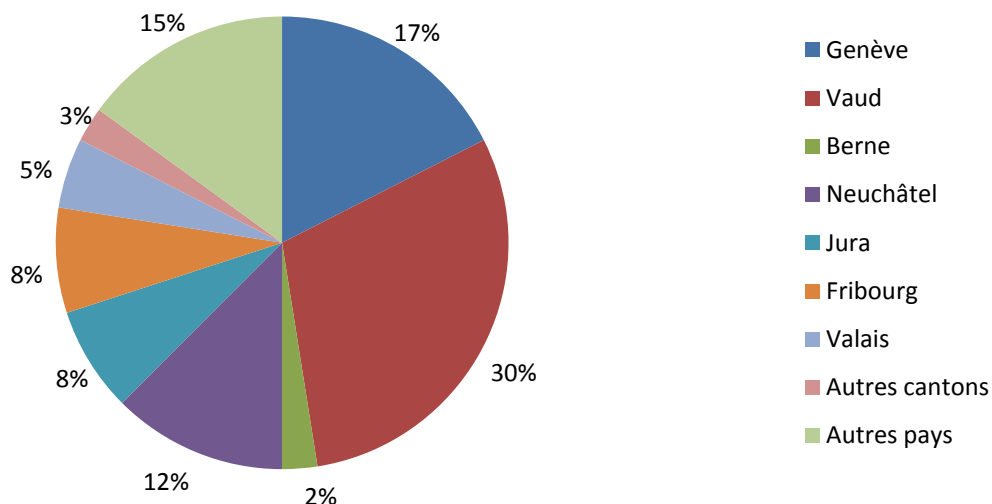
Site internet Ciao.ch

Comme les années précédentes, le CEPS assure la rédaction des réponses aux questions relatives au « mal-être » et au « suicide » adressées sur le site Ciao.ch. Cette année, 40 messages ont été traités par le CEPS.



Les réponses aux messages sont assurées dans un délai de trois jours maximum et, comme nous pouvons le constater, c'est durant les mois d'automne et d'hiver que le plus grand nombre de questions ont été déposées sur le site. Durant l'été, celles-ci se font plus rares.

Régions dont émanent les questions (n=40)

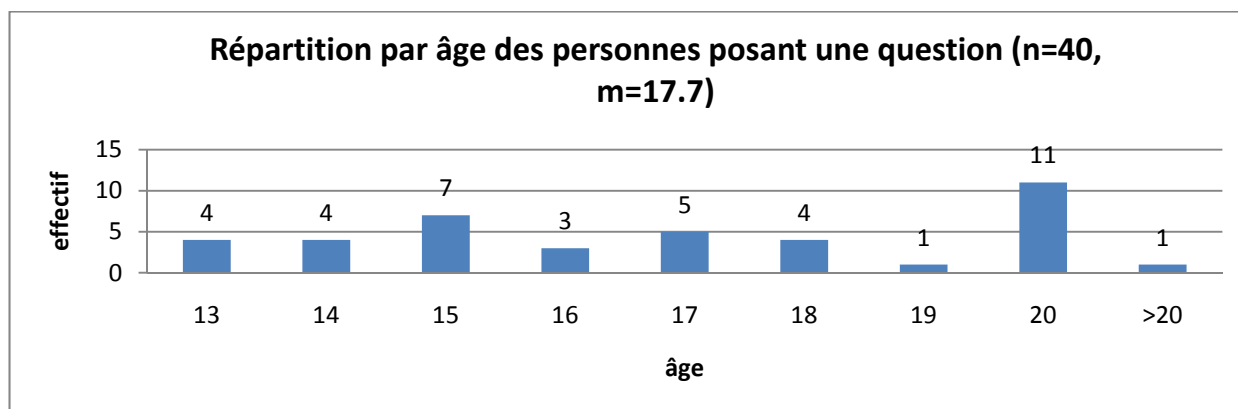


Considérant la provenance des messages Ciao traités par le CEPS, nous constatons que tous les cantons romands sont représentés avec une nette prédominance pour les cantons de Vaud et de Genève. Certaines questions émanent d'autres pays. Dans ce cas de figure, il nous arrive de demander quelques précisions sur le lieu de résidence afin que nous puissions orienter de manière précise le jeune faisant part de son mal-être ou de celui d'un tiers. Certains jeunes témoignent dans leur message d'un mal-être intense et mal-être qui nécessiterait une prise en soin. La position du CEPS est à nouveau d'inviter le jeune à sortir de sa solitude, à se confier à un adulte de confiance et à rencontrer un professionnel de la santé.

Sexe des personnes posant une question (n=40)



A nouveau ces interpellations émanent d'une majorité de jeunes femmes. Cette prépondérance est très marquée sur ce canal.



La répartition par âge des internautes s'adressant à Ciao est large, en ce sens que de 13 à 20 ans, chaque âge est bien représenté, avec une prépondérance de jeunes de 20 ans.

Les consultations thérapeutiques et guidance parentales

Cette année, le CEPS a également assuré l'évaluation, en présence, de 60 situations. La majeure partie d'entre elles ont débuté entre le mois de septembre et de décembre. Les mois de janvier et de mai ont également été marqués par une densité élevée de consultations.

Deux tiers de ces évaluations ont été centrés sur l'adolescent. La majorité des jeunes rencontrés avaient entre 17 et 20 ans.

Pour les mineurs, un contact ou des rencontres avec les parents ont également été assurés. Lorsqu'ils l'ont demandé, les parents ont été rencontrés de manière plus soutenue afin de les aider à traverser cette crise. Pour les jeunes de plus de 18 ans, un contact avec les parents a été établi à leur demande ou dans les cas de risque suicidaire aigu.

Dans certains cas, des entretiens ont eu lieu en présence d'autres membres de la famille, comme les frères et sœurs des jeunes ou des parents, ou encore en présence de conseillers sociaux porteurs de la démarche d'interpellation du CEPS ou d'amis accompagnant le jeune à sa demande.

Un tiers des consultations a consisté en un travail clinique de guidance, individuelle ou de couple, de parents confrontés à un jeune à risque suicidaire refusant toute démarche de soin.

Le nombre de rencontres pour l'évaluation et la réorientation du jeune reste en moyenne de trois séances, auxquelles s'ajoutent, le plus souvent, des appels téléphoniques avec les réseaux primaire, secondaire et spécialisé.

Lorsque l'investissement du jeune est difficile à mobiliser et/ou que le contexte psychosocial dans lequel il se trouve est peu contenant, le suivi a été prolongé soit sous forme de consultations thérapeutiques avec le jeune soit sous forme de contacts réguliers avec l'un ou l'autre des réseaux. De même, les suivis en guidance parentale s'étendent sur une durée supérieure à trois séances et peuvent aller jusqu'à 10 séances.

Conclusion

Le CEPS est avant tout un lieu d'accueil des jeunes et de leurs proches et un lieu d'élaboration du mouvement suicidaire. Les modalités d'accueil téléphonique et internet ne sont pas des fins en soi. Nous les considérons comme complémentaires et au service de la rencontre « en présence » avec le sujet : rencontre en voix, en corps et en mots.

L'organisation d'un réseau au service du sujet et de son expression avec des activités d'échange et de formation, est un second mandat du CEPS. Une seconde journée de colloque au service du réseau santé-social se déroulera le mardi 10 septembre 2013, dans cette intention.

Après une première centration sur le réseau de proximité, le CEPS souhaite, à moyen terme, élargir les

liens avec des organisations et des réseaux oeuvrant au-delà des frontières cantonales et des frontières nationales.

Et comme par le passé, le CEPS souhaite contribuer au développement d'un filet de sécurité au service du jeune en oeuvrant au service de la prévention de prévention universelle, sélective et indiquée.

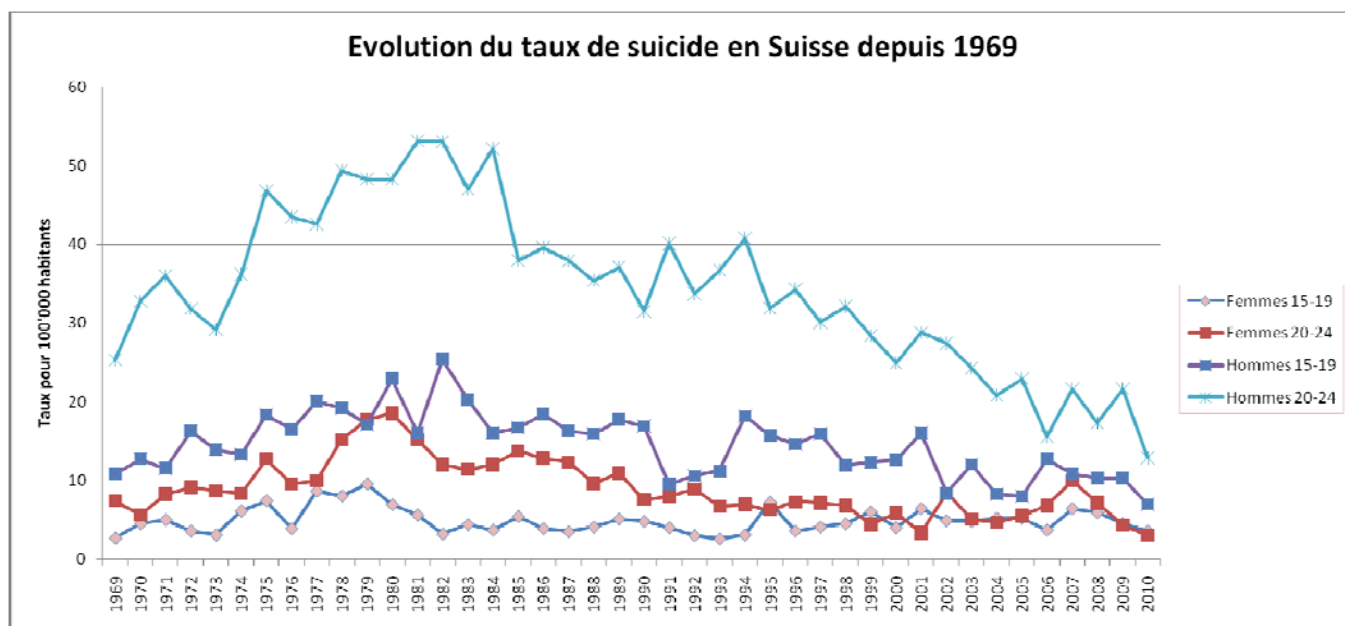
Je remercie tout particulièrement mes collaborateurs, M. Thibaut Antoine et Mme Pilar Ohlendorf pour la réalisation des graphiques de ce rapport d'activité et pour leur implication dans les activités cliniques du centre aux côtés de Mme Andreia Neves Da Costa.

Ma reconnaissance revient également à Mme Anne Edan, médecin adjoint responsable de l'Unité de crise sans qui tout cela n'aurait pas été possible, ainsi qu'au professeur F. Ansermet, Chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des HUG, à M. Sabrier et à Mme Stéphanie Kolly, respectivement président et directrice de la fondation Children Action, pour leur confiance qu'ils m'ont octroyée.

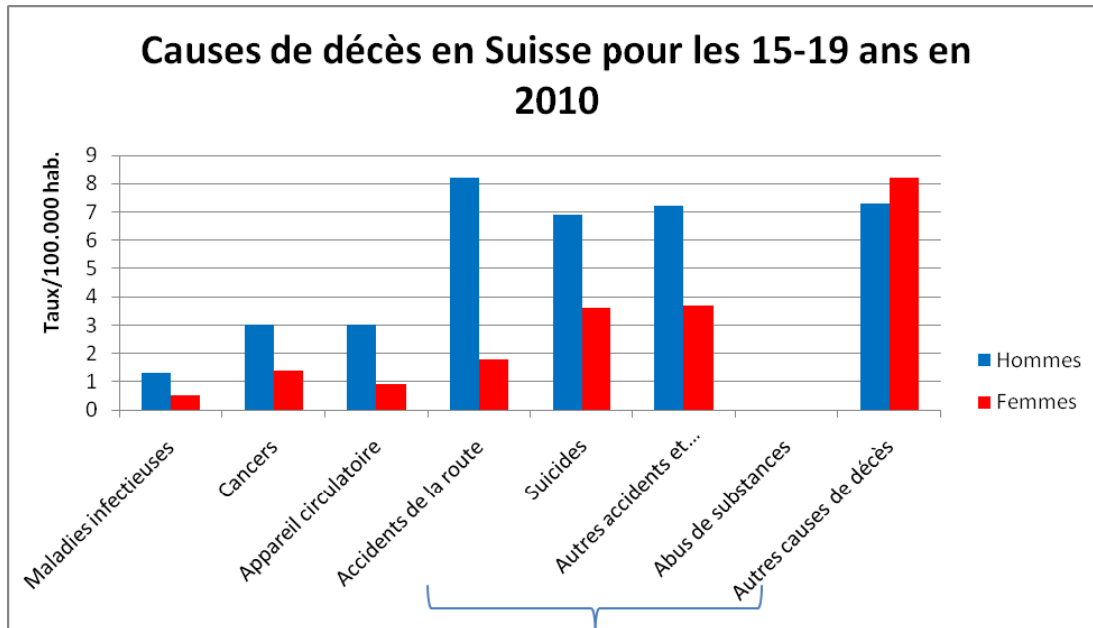
Nathalie Schmid Nichols
Psychologue responsable du CEPS

CONCLUSION

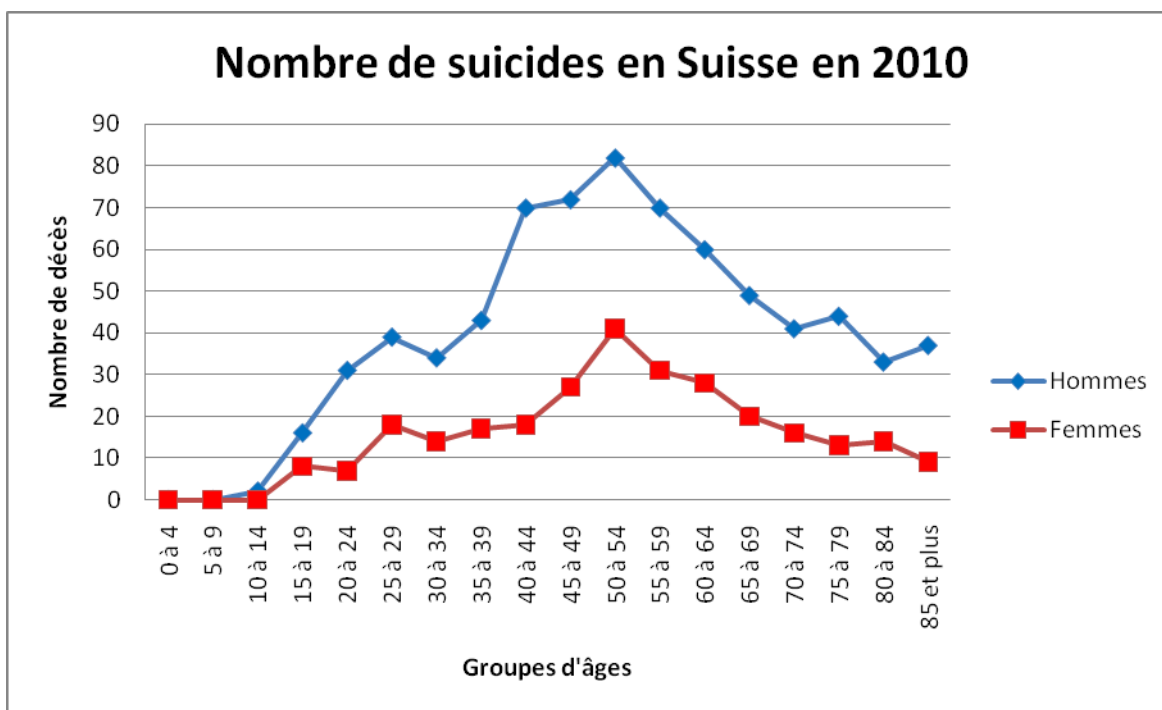
Cette année, nous n'avons pas les résultats de l'OFSSP pour le canton de Genève.



Le taux de suicide continue à baisser en Suisse.

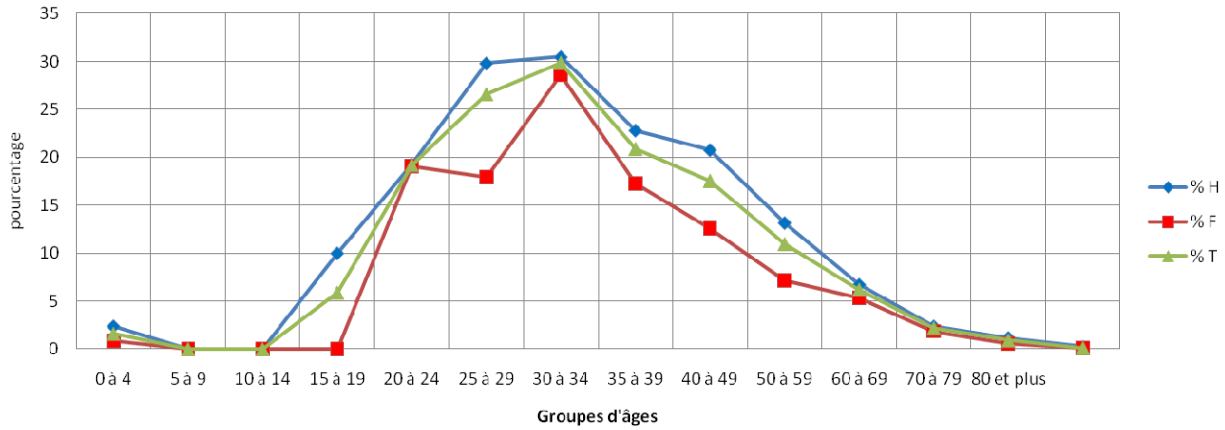


Ce schéma souligne la prévalence des hommes pour toute mort entre 15 et 19 ans. Il est important de relever que le taux de mortalité est plus important chez les hommes à cet âge, toute cause confondue.



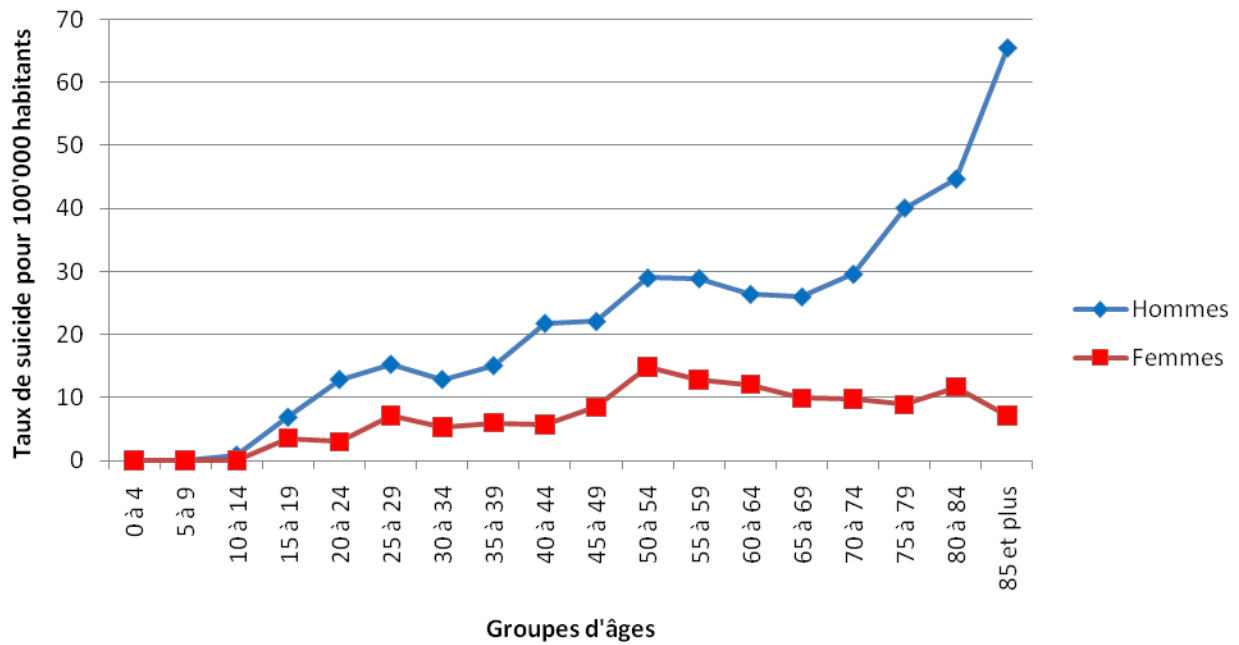
Cette courbe souligne le nombre de suicide plus important chez les hommes quel que soit l'âge et le pic de suicide des 40-60 ans dans la population générale. Nous relevons aussi un pic à l'âge adulte chez les 25-29 ans. Le traitement d'une crise suicidaire à l'adolescence permettrait selon nous un facteur protecteur des crises suicidaires qui peuvent exister à d'autres moments de l'existence. Nous avons l'hypothèse que si la tentative de suicide est le premier facteur de risque au suicide abouti, le regard porté sur ce premier mouvement pourrait être en lui une potentialité protectrice.

Proportion des suicides par âge dans l'ensemble des causes de décès en Suisse en 2010



Si le pic de suicide se situe à 40-60 ans, le pic de la proportion des suicides par âge dans l'ensemble des décès se situe entre 30 et 35 ans.

Taux de suicide en Suisse en 2010



Le taux de suicide dans la population générale atteint les 70/100 000 habitants chez les hommes de 85 ans et plus. Le suicide de la personne âgée est une priorité de santé publique selon l'OMS.

Cette année 2012 est marquée par la **rencontre**, rencontre entre une équipe et un nouveau médecin responsable, rencontre avec Children Action et ses représentants, rencontre avec Nathalie Schmid Nichols, rencontre avec le réseau.

Le 11 septembre, première journée que nous avons organisé avec Nathalie Schmid Nichols, fût l'occasion de se faire connaître du réseau santé-sociale de Genève. Et ce maître-mot nous a guidés au cours de ces premiers mois.

Les projets vont vers le travail en réseau à poursuivre, vers le souci de la réactivité de notre unité pour rencontrer les adolescents en souffrance et/ou les professionnels qui s'en occupent.

En 2013, nous nous intéressons à la trace que laisse le passage à l'Unité de Crise. Notre hypothèse est qu'il peut s'agir là d'un facteur protecteur quant au risque suicidaire ultérieur. Là encore, la vertu de l'Unité de crise est d'être là pour donner le goût à d'autres rencontres et à s'intéresser à cette transition douloureuse que traversent certains adolescents entre l'enfance et l'âge adulte. Elle ne trouve sa valeur que par ce qui existe aussi autour.

Je tiens à remercier dans cette première période de responsabilité de l'Unité de Crise tous les collaborateurs de l'Unité de Crise et en particulier Mme N. Schmid Nichols, psychologue responsable du Centre d'études et de Prévention de Suicide, le chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Prof. François Ansermet, le chef de département de l'Enfant et de l'Adolescent, Prof. D. Belli, ainsi que les Hôpitaux Universitaires de Genève.

Je remercie également nos partenaires, M. B. Sabrier et Mme S. Kolly, président et directrice de Children Action qui rendent ce travail possible grâce à une générosité soutenue à l'épreuve des années. Il s'agit également de saluer les collaborateurs externes qui nous ont inspirés cette année 2012 : Dre S. Von Overbeck, Dre K. Auberjonois, Dre D. Knauer, M. W. Gontran, Dr Ph. Lacadée, M. J.-J. Gerber, M. J. Borie, Dr D. Jakubec, Dr J.-P. Bachmann.

*Anne Edan, Médecin Adjoint
Responsable de l'Unité de crise*