



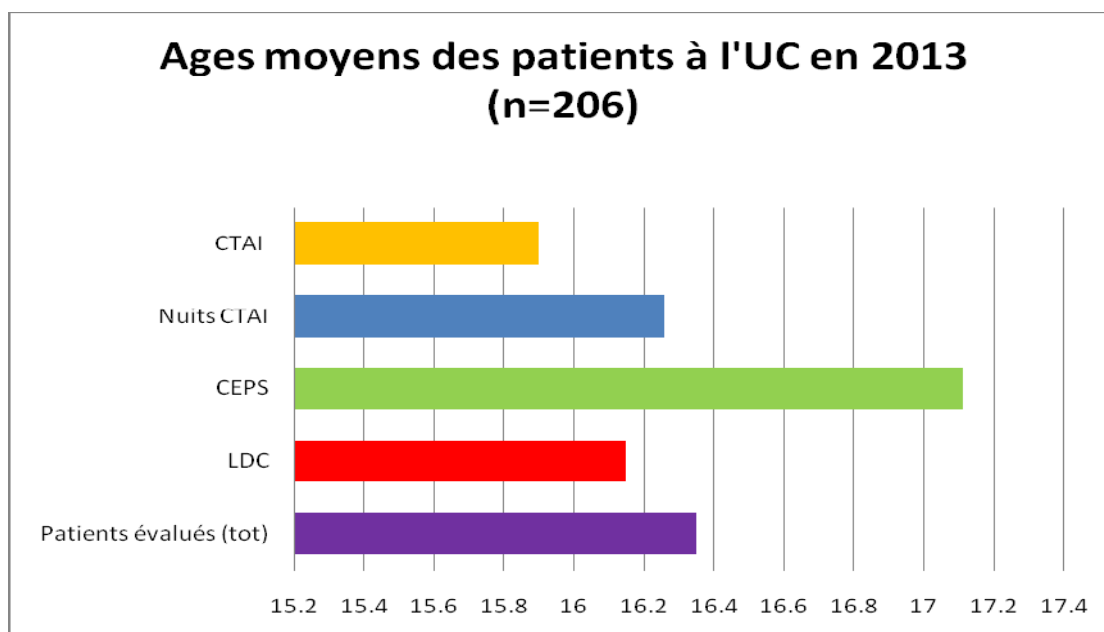
## Rapport d'activité 2013

### Unité de Crise

### Soins et prévention du suicide à l'adolescence

L'Unité de Crise accueille des adolescents qui traversent une crise suicidaire.

Elle associe un pôle de soins (14-18 ans) et un pôle de prévention (13-25 ans).



L'âge moyen de prise en charge à l'Unité de crise est de 16,35 ans. La moyenne d'âge demeure logiquement plus élevée au CEPS (17.1). Les suivis ambulatoires concernent à présent les plus jeunes (15,9 ans) ce qui était un objectif de l'année passée. Cette population plus jeune est en âge de scolarité obligatoire. Ce point est privilégié dans l'orientation de nos jeunes patients, soit en limitant la durée d'hospitalisation quand ils sont hospitalisés, soit en les orientant directement vers le secteur ambulatoire de l'unité de crise. La différence demeure cependant peu significative, les lits de crise ayant une moyenne de 16,15 ans. Les patients profitant de nuits CTAI sont par contre plus âgés (16,26 ans). Cette population concerne des adolescents souvent connus de notre chaîne de soins, ou qui ont pu accrocher à un suivi extérieur à l'unité. L'hypothèse est qu'une demande de nuits CTAI est

plus simple pour les adolescents un peu plus âgés et que les plus jeunes des adolescents ont souvent besoin d'une prise en charge intégrée.

Cette Unité, qui fait porte d'entrée du SPEA, est soutenue à travers un partenariat par la Fondation Children Action.

- **Le volet prévention - CEPS** (ouvert en 1996) assure trois niveaux de prévention pour les adolescents et jeunes adultes de 13 à 25 ans :
  - Prévention indiquée : au service du sujet adolescent
  - Prévention sélective : au service d'une population à risque
  - Prévention universelle : en lien avec les recommandations de l'OMS

Le CEPS dispose pour sa mission d'une équipe spécialisée qui peut recevoir les adolescents, des tiers ou des professionnels dans un délai court (<24h ouvrable pour les demandes Clinique), intervenir aux urgences, parallèlement à un accès indirect à travers une ligne téléphonique et deux sites internet de prévention, [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) et [www.preventionsuicide.ch](http://www.preventionsuicide.ch).

L'activité de prévention passe aussi par un lien fort avec les réseaux engagés auprès des adolescents.

- **Le volet soin** accueille des adolescents de 14 à 18 ans pour un traitement intensif hospitalier ou ambulatoire d'une durée limitée dans le temps.
  1. le **Centre de Traitement Ambulatoire Intensif** - CTAI (ouvert en 2008), qui permet un fonctionnement ambulatoire d'amont et d'aval par rapport à l'hospitalisation de crise, tout en disposant de 2 lits dans le cadre des lits de crise.
  2. les **Lits de crise (LDC)** (ouverts en 1996) – 6 lits

### La philosophie des soins à l'unité de crise

- L'adolescent et son entourage sont au centre des soins
  - Le dispositif est constitué d'une équipe multidisciplinaire
  - Un travail pensé de façon intensive dès l'arrivée de l'adolescent
- La dimension temporelle fait partie intégrante du traitement de crise, en distinguant trois temps :
1. Un temps d'accueil
  2. Le traitement de crise
  3. L'orientation au-delà de la crise

### Porte d'entrée

Demandes externes directes (familles ou proches, ou pairs), de professionnels du soin (pédopsychiatres, pédiatres, médecins généralistes, psychologues travaillant en institution comme l'Office Médico-Pédagogique ou installé en libéral), et d'acteurs sociaux (éducateurs de foyers, conseillères sociales, infirmières scolaires, responsable de formation...).

- Fonction trieur pour les urgences se présentant en pédiatrie (jusqu'à 16 ans) assurée à 50% en semaine par la responsable de l'unité (le reste du temps par le responsable de l'Unité d'hospitalisation)
- Fonction trieur par rapport aux urgences de psychiatrie adulte pour toute situation d'adolescent en crise de 16 à 18 ans (assumée entièrement par l'Unité de crise)
- En dehors des heures ouvrables, porte d'entrée assurée par le piquet du SPEA (médecin pédopsychiatre répondant aux urgences à l'hôpital des enfants et dans les unités de soin du SPEA 24h/24, 365 j/an)
- Dispositif en cours de formation « *aiRe d'ados* », (cf. CEPS), pensé pour articuler les différentes institutions de la santé et du social autour de la crise suicidaire, comité de pilotage et plusieurs rencontres et colloques déjà effectués.

## Nos objectifs en 2013

- Consolider les projets de l'unité de crise au service des adolescents, de leurs parents et du réseau de professionnels qui s'occupent d'eux
  - Réflexion en équipe sur la place de la famille, les échanges avec l'école, le cadre de soins aux lits de crise
  - Déploiement de « *aiRe d'ados* », (cf plus loin)
  - Faciliter l'articulation entre psychiatrie adulte et unité de crise
    - rencontre avec Prof. J.-M. Aubry, chef de service de spécialités psychiatriques, demandes d'expertises en cas de suspicion de troubles de l'humeur
    - animation du journal-club avec Dr L. Curtis, médecin adjoint responsable de l'unité «troubles psychiatriques débutants» formation post-graduée auprès des médecins internes
    - regards croisés, invitée par Dre R. Manghi médecin adjointe au service d'addictologie
    - regards croisés, invitée par Dr J. Bartolomei, médecin adjoint responsable du CAPPI Servette
    - enseignement post-gradué pour le FMH de psychiatrie adulte dans le module «intervention de crise et urgence», «Troubles de la personnalité», «Clinique de l'anxiété chez l'adolescent»
  - Faciliter l'articulation entre différentes unités du département enfant et adolescent et unité de crise
    - participation à la fonction trieur pour le cadre de l'unité
    - participation des médecins internes et psychologues de l'unité à l'évaluation aux urgences de pédiatrie des adolescents de moins de 16 ans
    - enseignement aux pédiatres formation post-graduée FMH de pédiatrie
    - enseignement aux médecins et psychologues, formation post graduée FMH psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
    - améliorer la réactivité face au passage à l'acte suicidaire avec un projet en collaboration avec le service de Psychiatrie de Liaison et Intervention de Crise adulte
    - échanges avec Dre A. Canutto, cheffe de service de psychiatrie de liaison et intervention de crise et son équipe, avec visite organisée et menée par les chefs de clinique et la cadre infirmière de l'unité de crise
    - équipe mobile de prévention déployée aux urgences pour tout adolescent de 16 à 18 ans qui se présente
    - rencontrer l'ensemble des acteurs du monde judiciaire, social, soignant, de l'enseignement, de la formation, associatif,... qui rencontrent des adolescents dans leur profession
- Rencontres coordonnées par N. Schmid Nichols

## Les différents axes de travail, de communication et de publication de l'UC en 2013

- La vulnérabilité de l'adolescent,
- les facteurs de protection de l'adolescent,
- la position éthique humaniste face à l'adolescent.

## Evolution de la population de soins

- La population a sensiblement évolué. Nous avons pu accueillir, dans les cas où un réseau de santé était déjà constitué, des adolescents avec un fonctionnement psychotique, voire des tableaux de décompensation psychotique de l'adolescent qui peuvent aussi se manifester par un mouvement suicidaire. Nous avons ainsi profité de l'invitation à une journée de Colloque à Mendrisio pour exposer nos partis pris face à la décompensation psychotique de l'adolescent.
- De même dans les cas d'adolescents pris dans une précarité sociale, nous avons pu profiter d'une collaboration de grande qualité entre équipe éducative et directeur de foyer et l'équipe de l'Unité de Crise

## Evolution de l'équipe

C'est une année de tension institutionnelle, dans un moment où l'heure est aux économies, il nous faut affirmer notre place importante au service des adolescents et de leur famille, au service du réseau, au service de notre chaîne de soins. La surcharge que nous avons connue en fin d'année et la réactivité de l'ensemble de l'équipe nous a paru une réponse élégante à ce climat. Malheureusement, c'est aussi dans ce climat que nous avons perdu la collaboration avec Laurence Angst, art-thérapeute, et qui animait un groupe d'art-thérapie très investi dans l'unité. C'est aussi ce départ qui a mis en évidence l'importance de la médiation dans notre unité et la réflexion autour de la possibilité d'une équipe pluri-disciplinaire.

Cette année, nous voulons saluer le départ de :

- Mme Aline Forestier, cadre infirmière de l'unité de crise depuis l'ouverture du CTAI en avril 2008 et nommée adjointe scientifique à la Haute école de Soins de Genève le 1<sup>er</sup> avril 2013
- Mme N. Marrochi, infirmière dès l'ouverture de l'Unité de crise pour Adolescents en 1996 qui a pris sa retraite
- Dre M. Fischer, cheffe de clinique au centre de Traitement Ambulatoire Intensif depuis l'ouverture de ce centre en avril 2008 qui s'est installée en cabinet privé.
- Mme A. Neves Da Costa, psychologue, qui a rejoint l'Office Médico-Pédagogique à la rentrée scolaire

Nous saluons l'arrivée de :

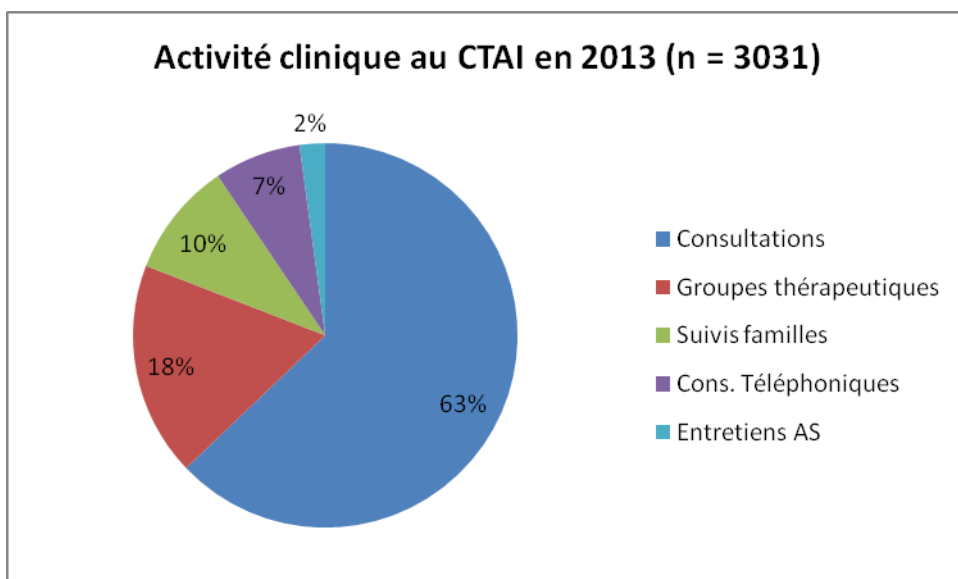
- Mme Farida Fedal Cochard, infirmière responsable
- Dre N. Boughanem qui reprend le poste de cheffe de clinique du Centre de Traitement Ambulatoire Intensif de l'Unité de Crise
- Mme A. Radulescu, psychologue du CEPS

## Le nombre d'actes

Le nombre total d'actes à l'Unité de Crise atteint 7027 actes cette année : 5353 pour la partie soin et 1674 pour la partie prévention.

Nous retiendrons ci-dessous que les actes en présence du patient et enlevons les actes facturés mais dits « en l'absence du patient », les prises de contact avec le réseau externe, le temps de tenue du dossier médical, soit

- 3031 actes pour les soins
- 912 actes pour la prévention

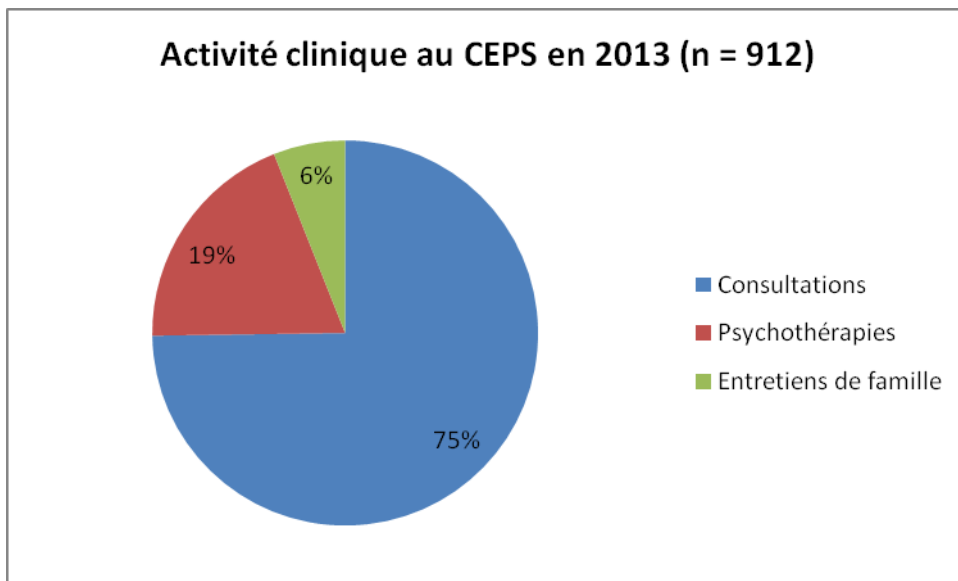


L'activité clinique en lien avec le patient est en nette augmentation puisqu'il atteint 3031 actes cette année. La majorité de ces actes (63%) est sous forme d'entretien individuel, que ce soit des entretiens avec un infirmier, un médecin ou un psychologue ou sous la forme d'un entretien médico-infirmier ou psycho-infirmier. Les suivis de famille (10% de l'activité) englobe les entretiens en l'absence de l'adolescent, en présence de l'adolescent ou avec la fratrie. Les parents peuvent être vus ensemble ou séparément, en fonction de la clinique et du désir de la famille.

Ces entretiens peuvent être menés par un thérapeute de famille, un médecin psychiatre, une psychologue ou l'assistante sociale de notre service.

Les groupes thérapeutiques ambulatoires représentent également une part importante de l'activité de notre unité (18%). Les 2% d'entretiens avec l'assistante sociale, consiste à faire un bilan social pour les adolescents dont la situation semble nécessiter cette expertise.

Pour la partie prévention, nous relevons 1674 actes en 2014. Les rendez-vous manqués ne sont pas facturés, les actes en l'absence du patient sont essentiellement la tenue du dossier et les cointacts pris pour organiser le réseau extérieur. À noter que l'activité de la helpadoline n'est pas répertori



Les trois quart de l'activité du CEPS sont au niveau de consultations d'orientation thérapeutiques. Le CEPS englobe également l'activité psychothérapeutique de l'unité de crise. L'équipe des psychologues de l'Unité de Crise peut aussi recevoir les familles d'adolescents pour une guidance.

## Quelques temps forts

- Animation d'un symposium : Risque et protection autour du suicide de l'adolescent : de l'urgence à la crise, présentation de différents dispositifs suisses au «congrès international de Prévention du Suicide» du 10 au 13 juin 2013 à Montréal. Notre position éthique, résolument humaniste autour de ce que nous souhaitons pouvoir offrir à l'adolescent, a touché le public qui s'était déplacé nombreux pour ce congrès. Une rencontre avec le milieu scientifique dédiée à la prévention du suicide nous a permis de surcroît de mesurer que notre dispositif était en accord avec les données de la littérature, en particulier dans les facteurs protecteurs qu'il faut pouvoir mettre en pratique. Ainsi, l'unité de crise, résolument tournée vers le parti pris de l'autonomie, le respect et la responsabilité de l'adolescent, qui permet un sur-mesure pour chaque situation, en fonction de l'adolescent, de son entourage, de ses ressources, est en accord avec l'idée soulignée par les études de mettre l'adolescent au centre du soin. De plus, les outils développés par le secteur prévention (Helpadoline et site internet (ciao.ch et préventionsuicide.ch)) séduisent et interrogent les équipes rencontrées, ce qui a permis un échange de pratique fructueux. Nous avons pu aussi rencontrer sur place des équipes qui accueillent des adolescents ainsi que des associations pragmatiques et efficaces dans leur programme de prévention et de soutien.
- Soirée projection du film «tabou» d'O. Burri en collaboration avec les cinémas du Grütli, la veille de la journée Prévention suicide. Projection ouverte au public le 9 septembre 2013.
- Journée Prévention suicide : "Le réseau à l'épreuve de la crise suicidaire chez l'adolescent, premier témoin, rencontre-clé"  
La journée s'est déroulée à la Haute Ecole de Travailleurs Sociaux. Elle a été introduite à nouveau par le président de Children Action : Mr B. Sabrier.  
Nous avons choisi d'articuler une expérience de réseau en France présentée par la Dre S. Pavoine, médecin psychiatre responsable de Resado 82, et la position éthique de Jacques Borie, psychanalyste et responsable d'un centre Psychanalytique de Consultations et Traitement, qui nous a souligné le leurre de la complémentarité pour faire l'éloge de la responsabilité de chacun des témoins auprès du sujet qui souffre. Nous avons pu aussi proposer un ensemble de vignettes cliniques mises en scène grâce à différents acteurs du réseau avec une interactivité avec la salle. La journée s'est terminée sur un dialogue entre santé et social mettant autour de la table F. Ansermet, chef de service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Mme D. Chautems-Leurs, enfin une conversation en réseau avec les différents invités.
- Soirée médiatique organisée à l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide par l'association Stop Suicide. Cette soirée a permis de mettre en avant nos partis pris dans le soin que nous proposons aux adolescents et l'occasion de témoigner de nos orientations auprès du monde politique. Elle a également permis plusieurs rencontres dans le réseau associatif de Genève et réseau de soin de la Romandie.
- Conférence dans le cadre du cycle « L'adolescent et ses réseaux » à Genève (SPEA-HUG) « L'adolescence, le réseau : contre toute attente », le 17 octobre.
- Conférence : « la crise suicidaire de l'adolescent, éthique de la rencontre » présentée au cours du premier colloque d'éthique à Brest le 3 octobre 2013. Cette conférence illustre notre travail autour de la vulnérabilité de l'adolescent et le pari de la rencontre. Ce voyage à Brest fût l'occasion de saluer les homologues du centre Anjela Duval et leur équipe dynamique et généreuse. Il est proposé des voyages pour permettre des échanges entre nos unités et une participation possible aux journées des différentes unités de crise (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Liège, Nantes et Brest).
- Conférence : «l'adolescent en crise. Ethique de la rencontre», le 23 novembre 2013, pour la journée «la pédopsychiatrie, regard vers le futur» en hommage à la Dre D. Knauer. Ce fut encore l'occasion pour reprendre la philosophie de soins de notre unité et les partis pris développés face à l'adolescent et face à la tentation suicidaire et aux tentatives de suicide de l'adolescent.

- Conférence : «Crise adolescente, breakdown à l'adolescence et early psychosis» le 4 décembre 2013 à Mendrisio (Tessin). Nous avons développé la place de notre structure dans la chaîne de soins du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Même si nous ne sommes pas équipés pour prendre en charge sur le long cours la décompensation psychotique en général, nous avons pu accueillir quelques adolescents qui présentaient un fonctionnement psychotique, encore une fois, dans les seuls cas de famille très soutenantes et de réseaux de soins extérieurs possibles avec des objectifs clairs quant au rôle de l'unité de crise.
- Enfin, l'Unité de crise garde une grande vivacité dans la proposition de séminaires à destination de l'équipe et qui se sont ouverts à l'ensemble du SPEA, voire au-delà : séminaire de prévention suicide, co-animé avec Nathalie Schmid Nichols, Séminaire Clinique de la rencontre avec J. Borie, élaboration de la pratique en groupe avec D. Jakubec, supervision du travail avec les familles avec Dre K. Auberjonois.

### **Quelques traces/publications :**

#### Bibliographie scientifique :

- «Tentative de suicide : accueil, évaluation, orientation» A. Edan et Al, Revue médicale Suisse février 2013 n° 374
- 2 articles dans le bulletin Asreep-NIs
- Schmid Nichols, N. (2013). **Mal-être sur internet**. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 16, 229-237. [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=NRP\\_016\\_0229](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=NRP_016_0229)

#### Article de vulgarisation

- «Blessures d'ados» Le Temps 26.11.2013 S. Gardier
- «Ces ados qui voulaient mourir» L'illustré 27.11.2013 M. Mathyer
- 20 Minutes : interview sur la thématique du suicide et internet le 16 mai [www.20min.ch/ro/news/romandie/story/11421564](http://www.20min.ch/ro/news/romandie/story/11421564)
- Ecolier.ch pour la parution d'une page sur la prévention du suicide en début d'année 2014

#### Interviews :

- Couleurs locales, avis d'experts Campagne romande de prévention du suicide 10/09/2013
- Radio Cité invité en direct du 12/13 le 11 octobre en co-participation avec l'association Stop Suicide [www.radiocite.ch/invite-1213.html](http://www.radiocite.ch/invite-1213.html)
- Radio Suisse Romande la 1<sup>ère</sup> invité à la Ligne du cœur le 17 octobre <http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/la-ligne-de-coeur/5262193-la-ligne-de-coeur-du-17-10-2013.html>
- Interview pour un reportage grand format sur le suicide conduit par M. Yagchi

# LE VOLET PREVENTION

## Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)

---

*Nathalie Schmid Nichols, psychologue responsable du Centre d'études et de prévention du suicide*

L'année 2013, comme les précédentes, a été intense dans les trois champs de prévention auxquels se consacre le CEPS, à savoir la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée.

Avant d'en détailler les traces, j'aimerais saluer les personnes qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à ces activités. Je salue l'engagement de chacun dans cette clinique dense, engagement qui exige de tous une implication, une mise au travail profonde, responsable et humble, car il y a toujours à se laisser enseigner par le jeune, par ses proches et par les collègues. Travailler avec la crise, c'est aussi travailler avec l'inconfort de l'indéterminé, inconfort dont on ne peut faire fi car c'est bien la disponibilité au surgissement qui permet au sujet d'advenir dans sa force et sa singularité. Qui sont ces personnes ? Ce sont les équipes du CEPS, de l'unité de crise et des autres services des HUG avec lesquels nous collaborons et qui, de jour comme de nuit, assurent l'accueil et le suivi des jeunes et de leurs proches. Ce sont les professionnels de la ville aussi qui nous interpellent, qui répondent présents lorsque nous nous tournons vers eux pour assurer la continuité du suivi et soutenir l'intégration du processus engagé. Ce sont les parents de ces jeunes aussi, leurs frères et sœurs, leurs grands-parents, leurs amis ou leurs proches qui acceptent de traverser cette crise avec nous tous. Ce sont aussi d'autres professionnels que nous avons rencontrés cette année ; certains ont quitté l'équipe, d'autres y ont passé quelques mois à travers un stage et nous ont enrichi de leur regard, de leurs idées.

Je tiens également à remercier les responsables en amont de ce centre et en particulier la Dre Anne Edan, médecin responsable de l'Unité de crise, et le Prof. F. Ansermet, médecin chef du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la Fondation Children Action, qui par leur confiance et leur présence, permettent que cette créativité soit possible.

Nous voici maintenant à 1 an de recul des objectifs que je m'étais posés en 2012. Parallèlement au suivi des activités quotidiennes du centre, un travail important de réflexion a été conduit par tous sur les différents dispositifs cliniques déployés.

Notre position est la suivante : veiller, écouter, accrocher.

- **Veiller** : une position d'attente à l'égard de toute interpellation qu'elle soit adressée à distance, en présence ou encore de manière indirecte par l'intermédiaire d'un autre. Il s'agit toujours pour nous, comme par le passé, de travailler avec et de consolider le réseau primaire, médiateur et point d'ancrage essentiel du jeune.
- **Ecouter** : c'est aller au-delà des mots, entendre ce que la crise exprime, ce qui ne parvient à se dire, à exister pour le jeune, en lui, de lui, avec lui.
- **Accrocher** : produire un effet de rencontre, générer un mouvement de reflet, d'inflexion et, dans le meilleur des cas, de réflexion. Accrocher aussi c'est respecter les investissements du jeune en détresse. Peut-être composera-t-il le numéro de la HelpAdoLine ou peut-être ne viendra-t-il pas voir un soignant ? Il ne s'agit pas de penser que la rencontre ne peut avoir lieu que là où nous sommes. Elle peut avoir lieu ou avoir eu lieu ailleurs. Aussi, c'est à travailler ensemble que nous avons beaucoup œuvré cette année, en développant, à plusieurs, un réseau santé-social au service de l'adolescent à risque suicidaire. Cette intention, qui a pris corps à travers une première, puis une seconde journée de colloque sur ce thème, s'est vue consolidée par la mise en place d'un groupe de réflexion au printemps 2013, mandaté pour penser la forme et les articulations d'un tel dispositif au sein du tissu institutionnel genevois. Nous y reviendrons plus loin.

Parallèlement aux activités courantes de prévention indiquée du CEPS, destinée notamment à l'accueil téléphonique sur la HelpAdoLine, à la réponse écrite sur [www.preventionsuicide.ch](http://www.preventionsuicide.ch) et sur le site [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) et aux évaluations, consultations thérapeutiques et guidances parentales à des fins d'accroche, d'élaboration de la crise traversée par le jeune et ses proches et d'orientation vers les



structures les plus ajustées aux besoins propre à chaque situation, le CEPS s'adresse régulièrement aux professionnels en contact avec des adolescents à risque suicidaire et au grand public, à des fins de formation et d'information.

Voici les manifestations les plus saillantes du travail accompli dans ces champs durant cette année.

#### **Dans le champ de la prévention sélective :**

- Animation d'ateliers dans le cadre de journées prévention organisées le 24 janvier par le SEMO Chablais (Aigle) à l'attention de groupes de jeunes en semestre de motivation ;
- Rencontre avec des professionnels du Collège du Léman (Versoix) centrée sur le dépistage, l'accueil et la prise en charge des jeunes à risque suicidaire, le 23 septembre ;
- Sensibilisation à l'attention des animateurs des rencontres Totem Jeunes LGBT (Genève) le 1<sup>er</sup> octobre ;
- Réflexion autour d'un cadre de postvention avec la direction de l'Orif en juin et septembre ;
- Contacts réguliers avec l'association Stop suicide centrés sur diverses thématiques du champ de la prévention du suicide des jeunes.

#### **Dans le champ de la prévention universelle :**

##### **Congrès, cycles de conférences**

- Co-animation d'un symposium au 1<sup>er</sup> congrès international sur le suicide (ISAR) le 10 juin à Montréal ;
- Mise en place et 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 : premiers témoins, rencontre-clé » qui s'est déroulé le 10 septembre à Genève (Unité de Crise-SPEA-HUG) ;
- Conférence dans le cadre du cycle « L'adolescent et ses réseaux » à Genève (SPEA-HUG) « L'adolescence, le réseau : contre toute attente », le 17 octobre.

##### **Activités d'enseignement**

- Module Oasis Violence de la Haute école fribourgeoise de travail social « Le suicide et intervention de crise en réseau », le 7 janvier ;
- MAS Cuso chapeauté par les Universités de Fribourg et de Lausanne le 25 avril « Prévention du suicide et comportements à risque » (sur invitation de Mme V. Camos, professeure) ;
- Hôpital Préfargier de Neuchâtel à l'attention de l'équipe clinique de pédopsychiatrie « la crise suicidaire à l'adolescence : évaluation et intervention », le 30 septembre ;
- MAS en Evaluation et en Intervention Psychologique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Genève le 13 décembre « Prévention du suicide et autres comportements à risque » (sur invitation de M. M. Debbané, maître d'enseignement et de recherche),
- Séminaire théorico-clinique mensuel CEPS-Unité de crise « Prévention du suicide de l'adolescent : éthique d'une rencontre » co-conduit avec le Dre Anne Edan dès le mois de novembre.

##### **Rencontres avec des étudiants**

- Différentes interviews d'étudiants rédigeant des mémoires sur le thème du suicide des jeunes et de la prévention dans le cadre de leurs études

- Membre du jury pour la soutenance de mémoire dans le cadre du MAS de psychosociologie clinique de l'Université de Lausanne

## La ligne téléphonique HelpAdoLine 022 372 42 42

L'équipe des psychologues du CEPS, assistée ponctuellement de l'équipe médicale, assure comme par le passé, l'accueil téléphonique des appels de 8h à 18h les jours ouvrables. De 18h à 8h les jours ouvrables et 24/24 les jours fériés, l'équipe infirmière des Lits de crise de l'unité prend le relai de la répondeur.

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, un engagement et un grand professionnalisme par tous.

La position du répondant est d'inviter l'appelant, jeune ou parent, à une rencontre avec un autre et avec lui-même, afin de lui permettre d'élaborer la crise actuelle et d'opter pour un choix de vie. Dans cette optique, il va dans un premiers temps chercher à évaluer le risque suicidaire et selon les caractéristiques de la situation (degré d'urgence, accès à des moyens dangereux, nature des facteurs de risque et de protection) opter pour une ligne de conduite, le plus souvent prise en concertation avec les responsables du centre, de l'unité voire du service.

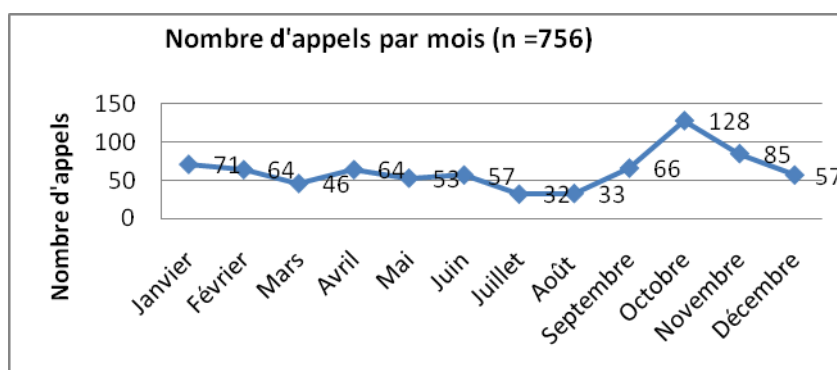
La prise en charge la plus appropriée à chaque situation sera proposée, en offrant, lorsque cela s'avère possible, un étayage aux proches, l'objectif étant de renforcer le réseau primaire qui constitue une ressource au long cours pour le sujet.

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.).

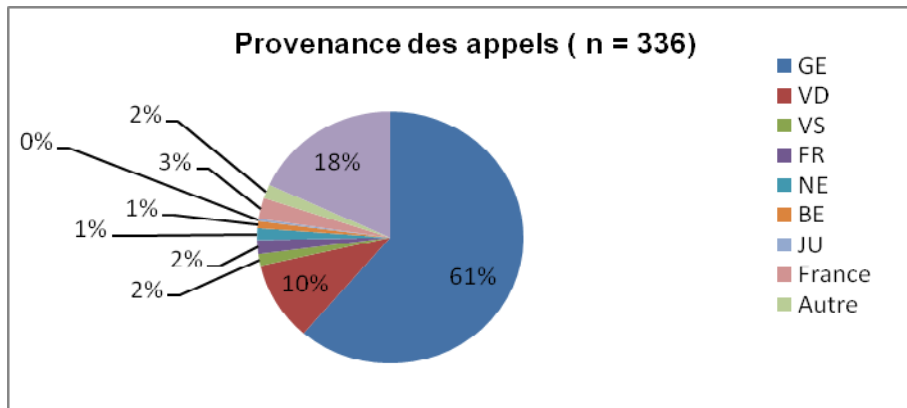
Et lorsque la situation ne relève pas du CEPS, l'appelant est réorienté vers un service plus approprié par rapport à son âge, ses besoins ou son lieu de vie. Le CEPS assure un accompagnement soutenu de ces passages en prenant par exemple contact avec la structure relai pour introduire l'appelant, s'il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

Durant l'année 2013, les équipes de jour (CEPS) et de nuit (LDC) **ont géré 756 appels au total correspondant à 336 situations singulières**. Sur les 756 appels au total, 531 appels entrants ont pu être dénombrés et 225 appels sortants, qui totalisent approximativement 162 heures de présence téléphonique.

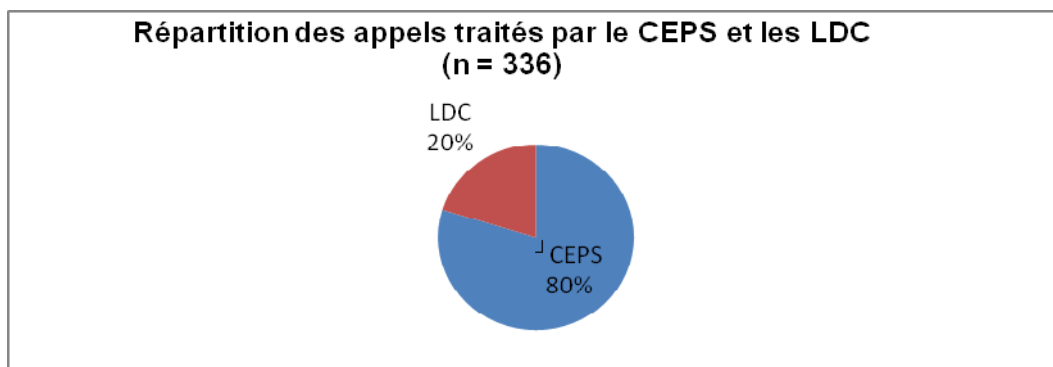
A noter que dans le cas de certains appels, en particulier lorsqu'ils ont mobilisé une forte charge émotionnelle de l'écouter, le temps consacré n'a pas été noté, raison pour laquelle cette donnée n'est qu'une approximation. A ce total s'ajoutent 53 appels entrants représentant 12,5 heures correspondant à une situation particulière d'un appelant régulier, plus âgé que la population nous concernant. Cette situation n'a pas été intégrée dans les tableaux suivants.



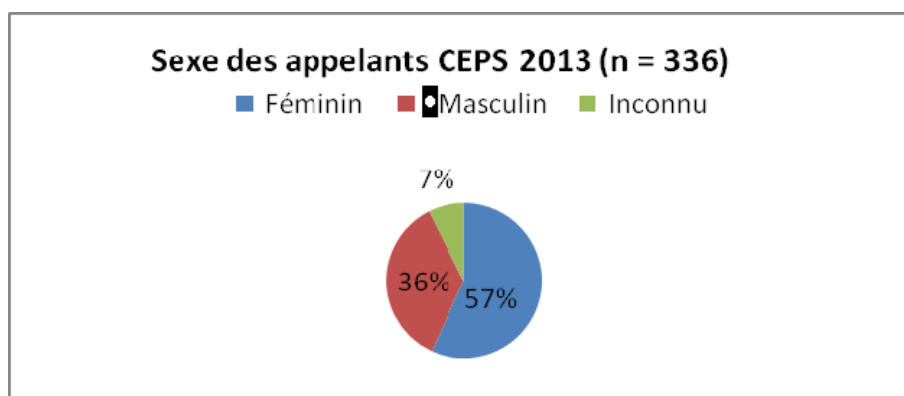
L'activité téléphonique de l'année 2013 est régulière avec comme pour l'année passée une inflexion durant les mois d'été, plus calmes, et une recrudescence à l'automne. Cette période a été particulièrement dense en clinique cette année.



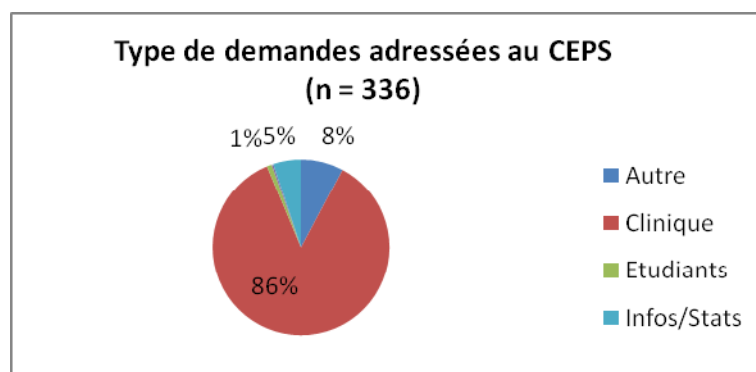
Cette année, le nombre d'appel émanant du canton de Genève est quelque peu inférieur à l'année précédente, alors que le taux des appels émanant des autres cantons est quant à lui stable. A noter que pour 18% des appels, nous n'avons pas eu de précision de la provenance.



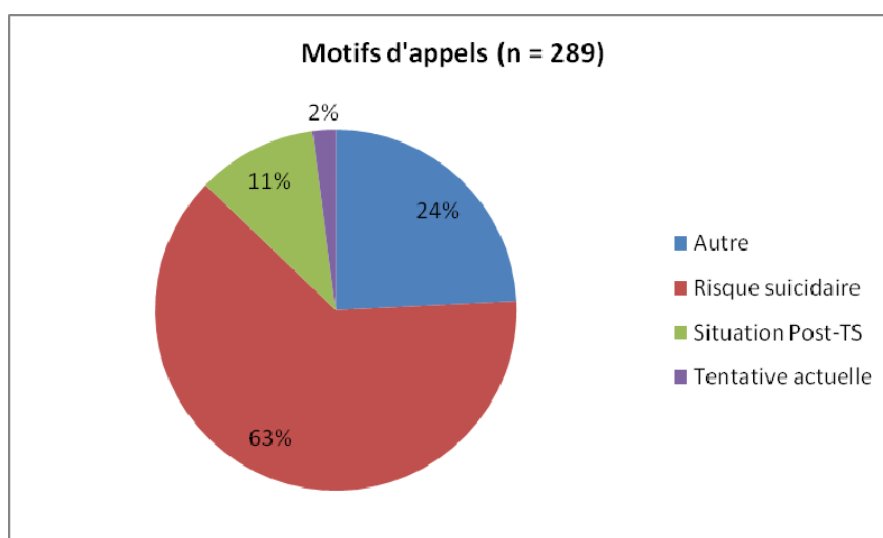
Si l'activité clinique téléphonique est majoritairement réalisée de jour, par l'équipe du CEPS, les chiffres montrent combien l'accueil téléphonique en dehors des heures ouvrables est essentiel. Ce sont 20% des appels qui sont assurés durant ses heures, avec lorsque l'on en étudie la caractéristique, une tonalité de crise parfois aiguë. Ce sont alors plus spécifiquement des jeunes ou des parents qui composent le numéro de la ligne.



De manière générale, les appelants restent pour la majorité des femmes. La donnée « inconnu » correspond au fait que cette information n'a pas été notée, en particulier lors des appels ne concernant pas un jeune en difficulté (appels non cliniques)

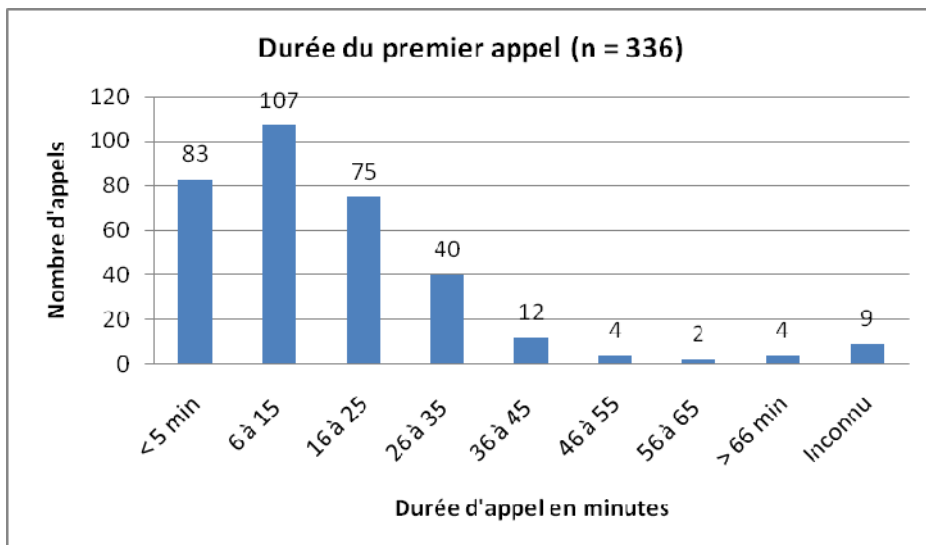


La majorité des appels reste de nature clinique. Sous « information-statistiques » sont regroupés les appels de chercheurs ou jeunes en formation qui s'intéressent à la thématique et qui recherchent des informations générales. La catégorie « étudiants » regroupe les appels de personnes demandant des interviews dans le cadre de travaux d'étude. Ils sont toujours reçus à cet effet. La catégorie « autre » comporte les appels ne relevant pas des prestations offertes par la ligne, telles que des démarches administratives de recherche d'emploi ou des erreurs de numérotation.



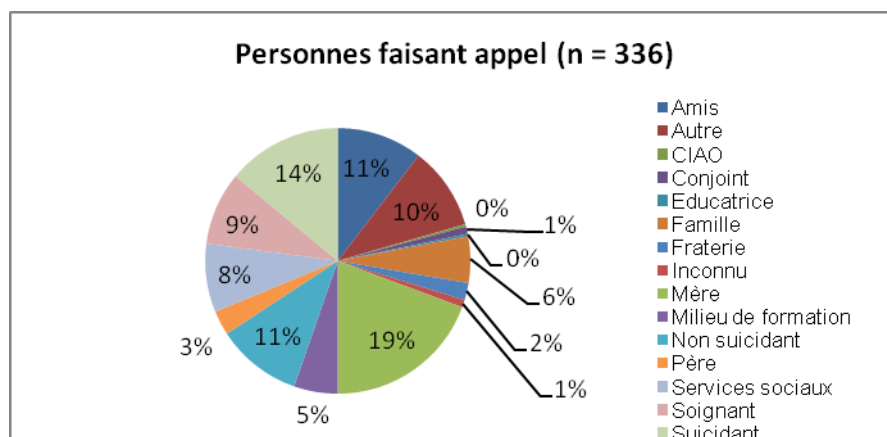
Les motifs d'appels répertorient la nature d'appel clinique autour du geste suicidaire. 65% des appels sont liés à un risque suicidaire plus ou moins aigu. Dans les situations urgentes, l'écouter doit conjuguer plusieurs postures cliniques : l'accueil, la contenance ainsi qu'une certaine directivité pour que les services d'urgences soient contactés dans les meilleurs délais lorsqu'il y a un risque léthal. Lorsque l'appelant souhaite conserver l'anonymat, la situation peut être extrêmement difficile tant sur le plan clinique qu'émotionnel. L'appelant peut être dans un état de détresse tel qu'il n'est plus en contact avec la réalité. L'écouter cherche alors à le réinscrire dans le temps, dans l'espace et dans ses relations, afin de temporiser l'agir et de remobiliser sa capacité de penser. Parfois, lorsque la personne est déjà passée à l'acte, il s'agira d'obtenir les informations nécessaires pour orienter les secours et de rester en relation pour maintenir la personne en état de vigilance jusqu'à leur arrivée. Notre position est de toujours rappeler que la HelpAdoLine est une ligne d'aide et qu'il est essentiel que les services d'urgence soient impliqués.

La catégorie « autre » regroupe les appels non cliniques, c'est-à-dire qu'ils ne concernaient pas une personne en situation de détresse, mais une demande de nature informative, administrative ou étant parvenues par erreur sur la HelpAdoLine.



Le premier appel est d'importance, car c'est à ce moment là que les informations essentielles peuvent être recueillies. C'est aussi là qu'un lien peut se nouer, sachant qu'un certain nombre d'appelants sont réfractaires à venir rencontrer un professionnel, raison pour laquelle ils utilisent cette modalité de contact à distance. La qualité des premiers échanges est alors essentielle pour que se noue une relation de confiance permettant de déjouer les craintes qui interfèrent avec la perspective d'une rencontre en présence. Un maniement tout à fait singulier est requis pour que se noue cette relation, nécessaire à décondenser la situation de crise et à l'ouverture vers d'autres perspectives, vers une tentation de vivre.

Tout appel, quel qu'il soit, même s'il est porteur d'une tonalité banale ou inattendue, est considéré avec attention, comme potentiellement porteur d'une demande d'aide. Certains premiers contacts téléphoniques peuvent être longs, même s'il ne s'agit pas de la majorité des situations étant donné que le suivi d'une situation peut se faire en plusieurs temps, en particulier lorsque le premier contact a été assuré par un tiers, comme nous le verrons plus loin.



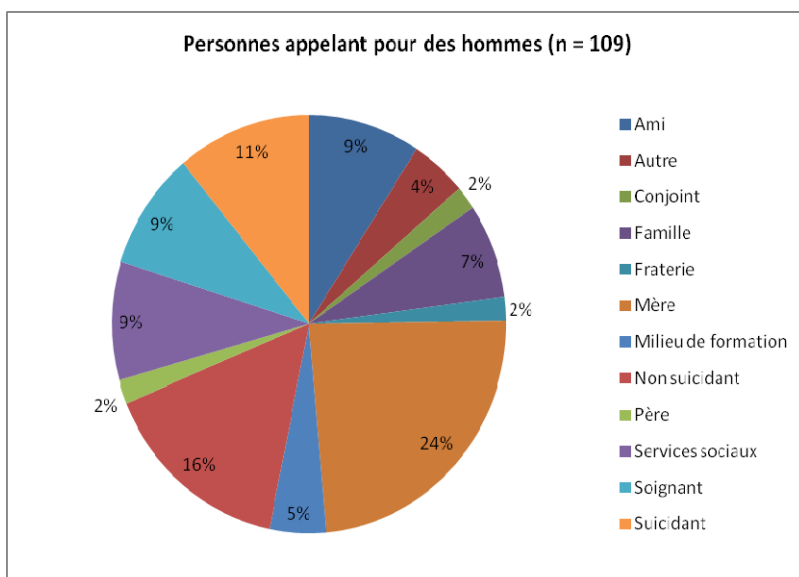
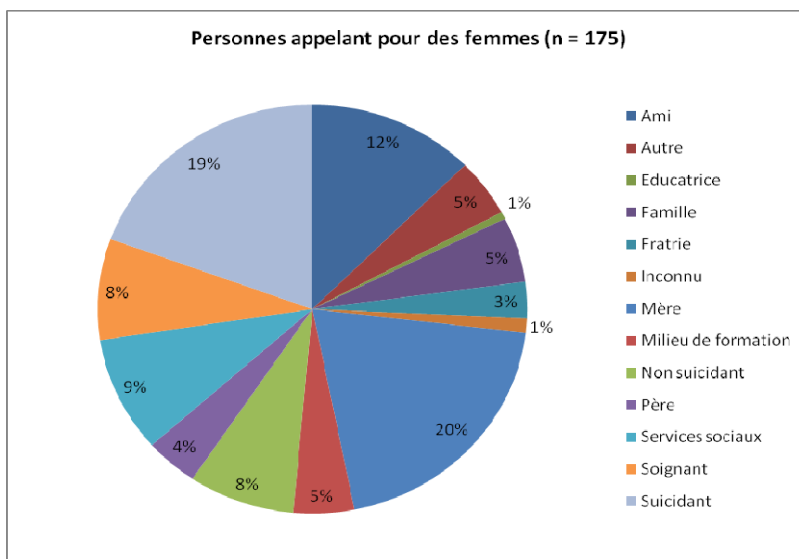
Nous avons ci-dessus une représentation détaillée de la position familiale ou professionnelle des tiers appelant pour un jeune. Ce sont dans 19% des cas les mères qui appellent. Les pères sont en proportion plus congrue, soit 3%, et dans 6% des appels, c'est un membre de la famille élargie qui interpelle.

En seconde position, ce sont les jeunes en détresse qui appellent eux-mêmes, lesquels représentent 14% des appels, ce qui proportionnellement à l'ensemble des appels est peu. Cet indice soulève plusieurs questions. Ont-ils des réserves à communiquer leur détresse? Les signes de détresse sont-

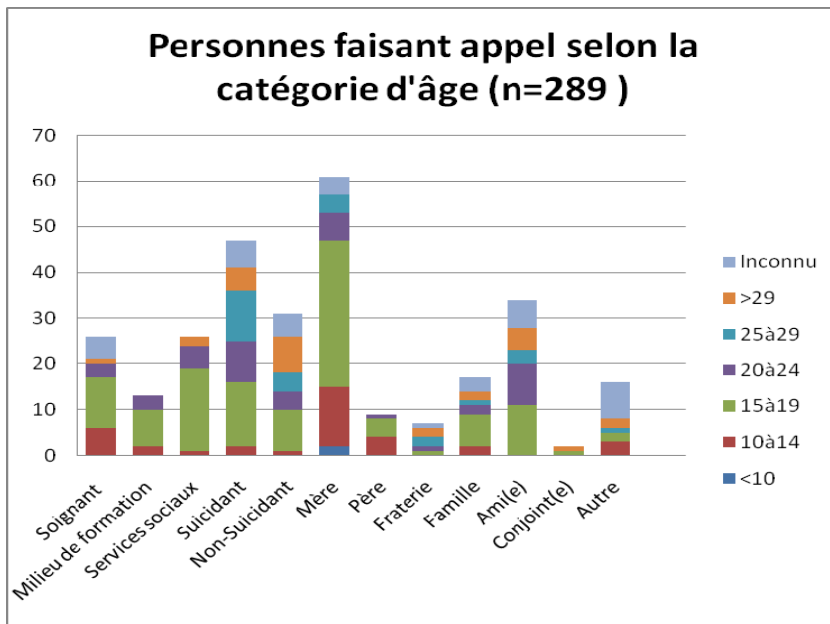
ils plus rapidement repérés par l'entourage que par les jeunes eux-mêmes ? Ces derniers ont-ils besoin d'être accompagnés par un tiers pour s'adresser à un professionnel, ce qui, dans l'affirmative est un élément d'importance pour l'élaboration des mesures de prévention. Nous pouvons penser ici aux dispositifs sentinelles développés dans différents pays, et plus récemment pas l'association Stop Suicide.

Il est intéressant de noter que dans 11% des appels, ce sont les amis qui se préoccupent pour un jeune. Quant aux milieux professionnels, représentés par les instances sociales (éducateurs, animateurs et assistants sociaux des milieux scolaires, ouverts et de loisirs, etc.), soignantes (médecins et psychologues des secteurs public et privé, infirmiers scolaires, etc.) et de formation (enseignants, directeurs d'école, responsables pédagogiques, etc.), ils totalisent environ 23% des appels. A noter que dans la majorité des cas, l'analyse déjà réalisée par le professionnel au moment de l'appel témoigne d'un bon repérage des signes cliniques et nous pouvons saluer la qualité de la collaboration que nous rencontrons.

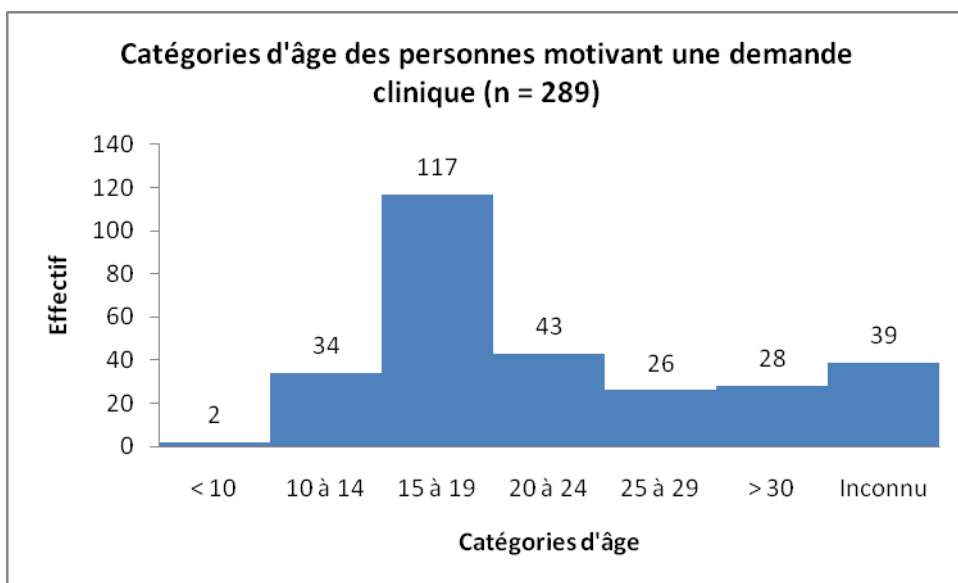
La catégorie non-suicidant regroupe des appels ne concernant pas la problématique suicidaire.



La comparaison des deux graphiques ci-dessus traitant des personnes appelant pour des jeunes de sexe féminin ou masculin, fait apparaître que tant pour les femmes que pour les hommes, ce sont les mères qui appellent le plus souvent (respectivement 19% et 23% des appels), que les amis appellent plus souvent pour des filles que pour des garçons (respectivement 12% et 8%). Le taux d'appel de jeunes en situation de détresse (suicidants) est de 18% pour les filles/femmes par rapport à 11% chez les garçons/hommes ; cet écart en faveur des femmes rejoint les tendances relevées dans la littérature.



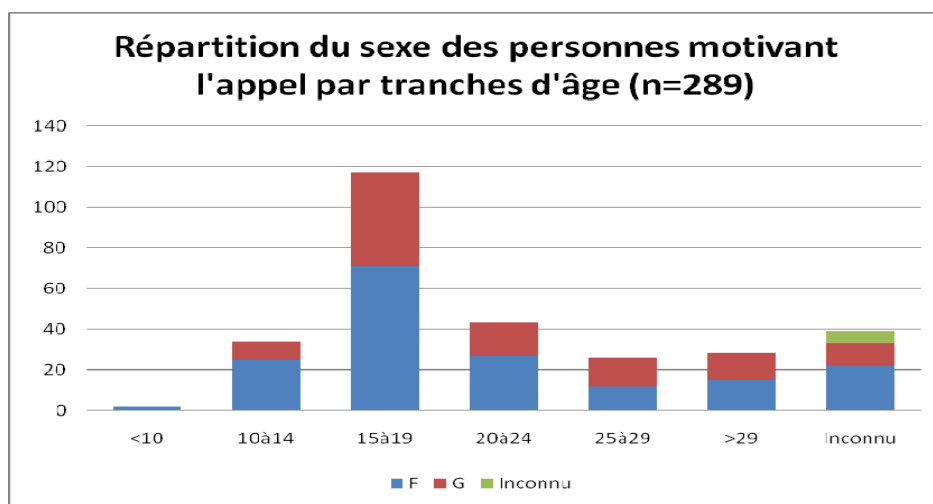
Le tableau ci-dessus nous renseigne sur les appelants pour chaque catégorie d'âge. Cette année, nous constatons que pour la plupart des catégories d'appelants, la tranche d'âge 15-19 ans est bien représentée, alors que pour les 10-14 ans, ce sont les mères et les professionnels de la santé qui le sont plus. Concernant la catégorie « suicidants », nous avons une proportion d'appelants relativement proche pour les catégories 15-19, 20-24, 25-29 et plus de 29 ans.



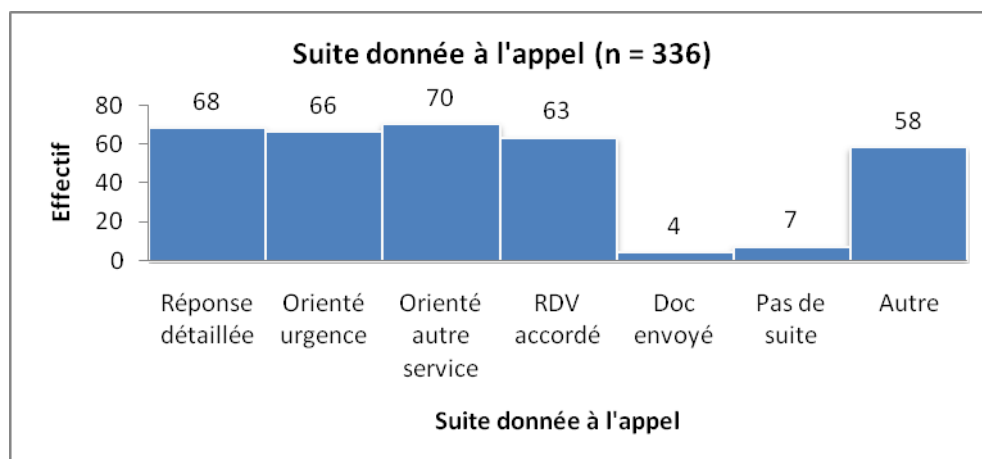
Nous pouvons constater que la majorité des appels concernent des jeunes de 15 à 19 ans. Une proportion non négligeable d'appels concernent cependant des jeunes de moins de 14 ans et nous avons pu recevoir des appels pour de tous jeunes adolescents, ce qui rejoint les données de la littérature, à savoir que la problématique suicidaire s'étend actuellement à l'enfant et est également à prendre très au sérieux chez ces derniers.

Par ailleurs, le fait que 99 appels sur 255 (correspondant aux données à disposition sachant qu'il n'est pas toujours possible, surtout dans les situations aigües, d'avoir cette information) concernent des jeunes entre 20 et 30 ans, confirme l'importance de considérer que le passage à l'âge adulte est une charnière sensible. Passablement de jeunes adultes d'ailleurs ne se dirigent pas, de prime abord, vers des services pour adultes. Nous pouvons également repérer dans les problématiques qu'ils partagent avec nous, des thématiques et questions proches des enjeux de la crise adolescente, à savoir le conflit avec l'autorité, la quête de l'idéal et de la liberté, la difficulté à se projeter de manière singulière et à faire face aux déceptions, le sentiment de vulnérabilité et l'impulsivité qui l'accompagne.

Ces éléments nous confortent dans le fait que les mesures de prévention ne peuvent s'arrêter à la majorité et qu'il est essentiel, dans la société actuelle, d'offrir des structures plus spécifiques pour ces « adulescents ».



Autre point intéressant à noter : avant 25 ans, une proportion plus importante d'appel concerne des jeunes filles alors qu'après 25 ans, cette différence s'estompe. Certes nos chiffres ne sont pas représentatifs pour en extraire des tendances, mais cette information peut soulever quelques questions : la détresse des jeunes hommes est-elle plus manifeste que celles des adolescents ? Ont-ils avec l'âge moins de réserve à exprimer les idées suicidaires ? Par ailleurs, nous pouvons nous demander si du côté des appelants, lorsqu'il s'agit de pairs amis, la capacité d'identifier les signes est meilleure du fait que ces derniers sont plus âgés ?

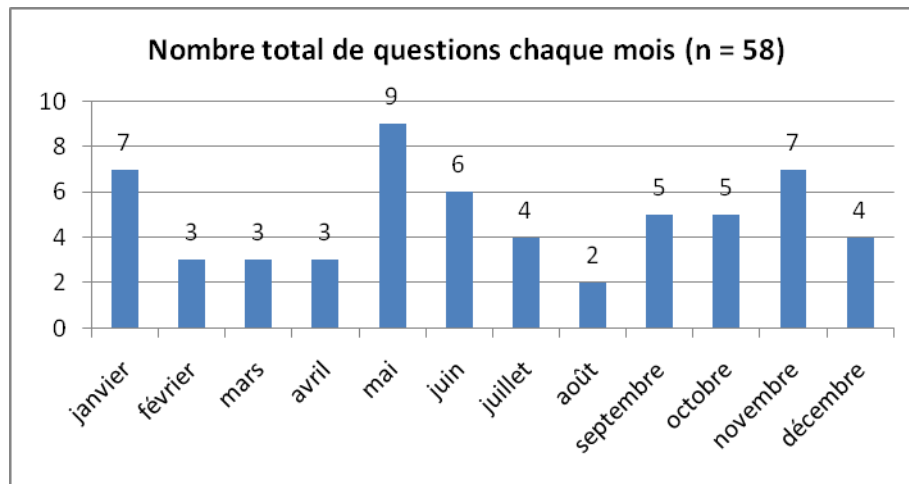




Un mot pour ce dernier tableau. La proportion de rendez-vous fixés après les appels est analogue à l'année précédente.

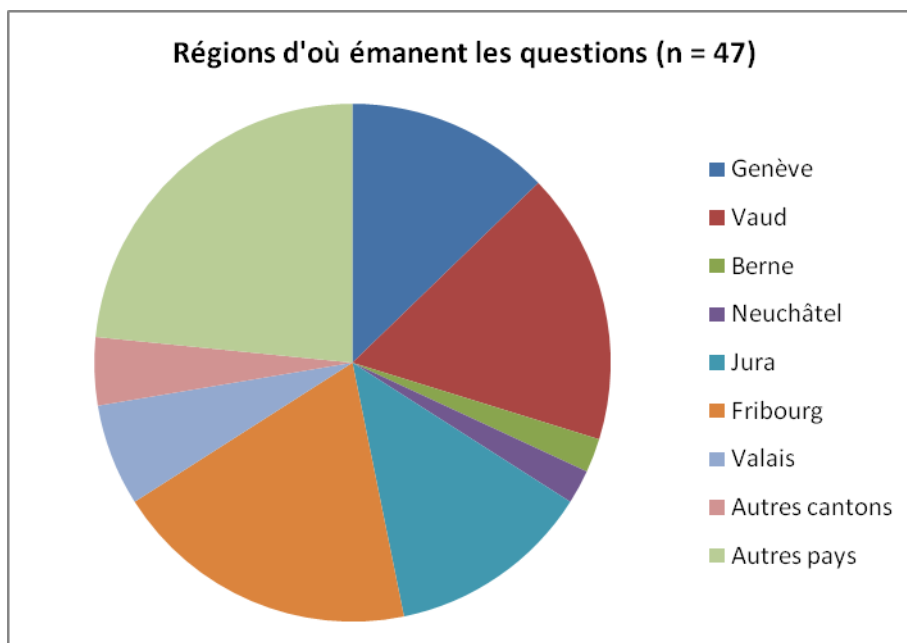
### Site internet Ciao.ch

Le CEPS assure la rédaction des réponses aux questions relatives au « mal-être » et au « suicide » adressées sur le site Ciao.ch. Cette année, le nombre total de questions imparties au CEPS a été de 58 au total contre 40 l'année précédente. Il est possible que cette augmentation soit liée au lancement de l'application Ciao pour smartphone. Cette ressource, facilitant l'accès au site, a comme effet que la forme des questions est parfois moins travaillée. De manière conjointe, le délai de réactivité des répondants est passé de trois à deux jours ouvrables, afin de mettre en circulation l'information dans une temporalité plus proche de celle des adolescents. De manière générale, lorsque la question comporte une tonalité urgente, le CEPS cherche à répondre dans les meilleurs délais.

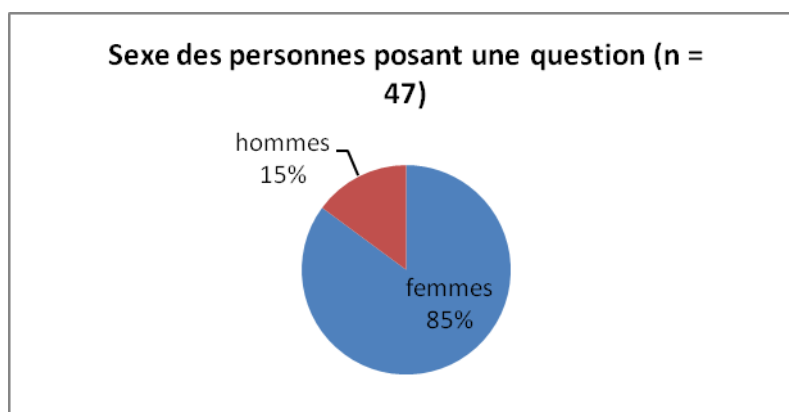


Ces 58 questions émanent de 47 pseudos différents, certains jeunes ayant posé successivement plusieurs questions. Il arrive par ailleurs que leurs questions intermédiaires, concernant d'autres thématiques, relèvent d'autres répondants. La réponse élaborée cherche alors à tenir compte des développements préalables s'ils peuvent s'avérer d'importance pour apporter une aide au jeune.

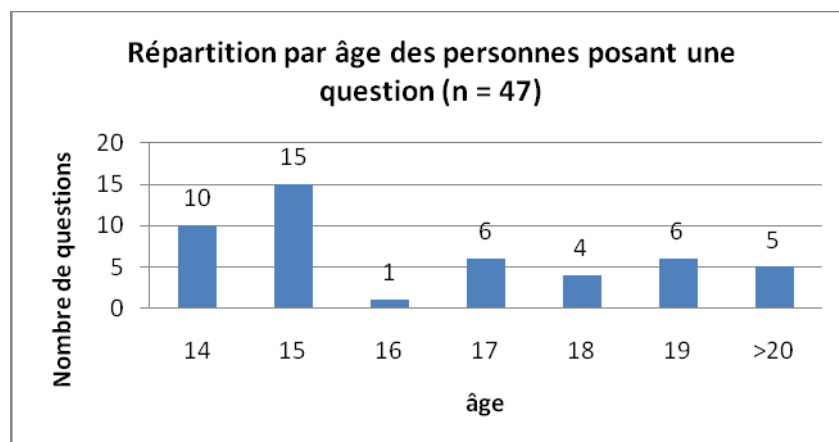
Les tableaux suivants ont été établis sur la base du total de N = 47.



Comparativement à l'année passée, le canton de Vaud est un peu moins représenté au profit d'une plus grande représentation du canton de Fribourg et surtout des internautes émanant d'autres pays.



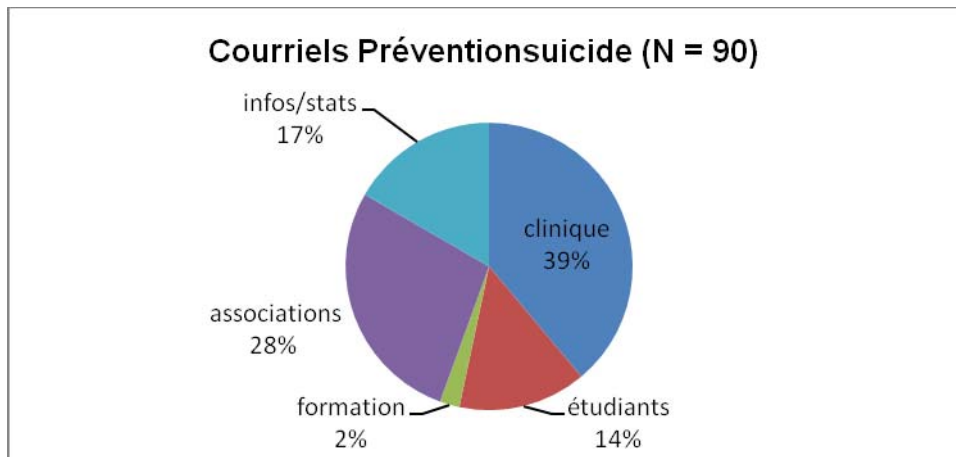
Comparativement à l'année 2012, nous observons une légère augmentation de questions émanant des garçons.



Quant aux âges des jeunes adressant des questions relatives au thème qui nous occupe, la moyenne d'âge est de 16,5 ans, le groupe d'âge des 15 ans étant bien représenté.

Site internet du Ceps [www.preventionsuicide.ch](http://www.preventionsuicide.ch)

Sur l'adresse courriel du CEPS, 90 messages électroniques ont été réceptionnés et traités.



Par rapport à l'année passée, les données graphiques restent assez stables, à savoir qu'un peu plus d'un tiers des messages concernent des interpellations cliniques de jeunes, de parents ou de professionnels qui les suivent. C'est principalement par cette voie que les étudiants en quête d'informations sur le thème du suicide des jeunes et de la prévention contactent le CEPS. Les messages relatifs aux associations concernent des différentes structures œuvrant dans le champ de la santé mentale et avec lesquelles le CEPS interagit.

### **Les consultations thérapeutiques et guidances parentales**

En 2013, le CEPS a assuré 289 consultations, lesquelles représentent le suivi de 63 jeunes en consultations thérapeutiques, la passation de tests projectifs et cognitifs pour 7 jeunes, 9 guidances parentales et 8 rencontres aux urgences.

Cet intitulé « rencontres aux urgences » correspond à un nouveau mandat de « mobilité » du CEPS, qui s'est vu confier la rencontre durant leur séjour aux urgences ou dans le service connexe du 2JC, de jeunes de 16 à 19 ans ayant effectué un tentamen ou présentant des idées suicidaires. Cette rencontre, à visée de prévention, a pour but de présenter l'Unité de crise et de favoriser l'accroche et l'engagement vers le soin de crise et de permettre une orientation plus fluide entre services. L'expérience s'est avérée porteuse. En effet, dans la plupart des situations, la rencontre avec une psychologue du CEPS a constitué un jalon important dans l'investissement du processus de soins qui avait débuté au service des urgences. Le fait de se voir présenter précisément le cadre d'accueil de l'unité, de réentendre une nouvelle fois, par d'autres, l'importance d'entrer dans un processus d'introspection pour penser la crise est un soutien à la continuité du suivi.

### **Un réseau santé-social au service de l'adolescent à risque suicidaire**

Ces valeurs de complémentarité, de liaison et de mobilité s'inscrivent dans la continuité de notre réflexion sur le réseau. Cette année a été également marquée par la mise en place d'un groupe de réflexion renommé depuis le mois de septembre « groupe de pilotage » d'un réseau santé-social au service de la prévention du mouvement suicidaire et des conduites à risque des jeunes en grande difficulté.

« A plusieurs, contre toute attente, à la recherche d'un terrain d'entente » pour qu'un jeune en position de rupture se laisse approcher par un professionnel et accepte d'être aidé. Aider à aider, accompagner les proches du jeune et les professionnels qui l'entourent. Telle est notre démarche.

Ce groupe constitué de partenaires de différentes institutions genevoises<sup>1</sup> s'est investi à penser ce dispositif envisagé comme un collectif santé-social interprofessions et inter-institutions (publiques et

privées), à bas seuil d'accès, au service des jeunes, de leurs familles et des professionnels qui les encadrent. Au service du sujet et de son projet, de la continuité. L'intention est de suivre, de se préoccuper, de prendre des nouvelles au long cours et de penser à plusieurs, d'envisager des possibles, des orientations, à partir d'une analyse approfondie de la trajectoire de vie du jeune et du sens des achoppements de son parcours.

Dans cette perspective, différents modèles de réseau français ont été étudiés et ont inspiré une forme que nous cherchons à adapter aux particularités du tissu genevois. Par ailleurs, des rencontres avec une quarantaine de structures et d'institutions genevoises ont été assurées afin d'apprécier l'intérêt des professionnels à adhérer à ce dispositif par l'intermédiaire de la signature d'une charte. Le premier écho s'est avéré très positif.

A ce jour, un document de présentation du dispositif ainsi qu'un projet de charte ont été réalisés, lesquels seront soumis aux potentiels partenaires. Quant au groupe de pilotage, il s'ouvre à de nouveaux membres, à de nouveaux liens.

Ce réseau a été nommé « *aiRe d'ados* », pour souligner qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle institution, mais d'une aire de lien, de lieux et de rencontres. « *R* » comme réseau, responsabilité, comme espace de rencontres et de projet.

Je salue la réactivité des institutions et professionnels qui ont répondu présent à ce projet et qui contribuent, avec nous, à son développement. En voici un bref inventaire :

- Action éducative en milieu ouvert (AEMO)
- Association catholique d'action sociale et éducative (ACASE devenue récemment Association genevoise d'actions préventives et éducatives AGAPE)
- Accroche
- Appartenances Genève
- Astural (Action éducative et pédago-thérapeutique)
- Boîte à boulots Vers l'intégration et l'autonomie (BAB –VIA)
- Centre d'action assistée par ordinateur (Ciao.ch)
- Centre de consultations spécialisé dans le traitement des séquelles d'abus sexuels (CTAS)
- Clairière
- Dialogai & Check Point
- Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (FASE & Unité d'assistance personnelle)
- Fondation Children Action
- Fondation officielle de la jeunesse (FOJ)
- Fondation Phénix
- Fondation Projuventute Genève
- Hospice Général (Point Jeune & Unité de retour à l'autonomie)
- Main Tendue (143)
- Office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ : Service santé jeunesse & Service de protection des mineurs)
- Office Médicopédagogique (OMP)
- Office pour la formation professionnelle et continue (OFPC : Tremplin Jeune, Antenne Objectif Emploi Meyrin)
- Œuvre suisse d'entraide ouvrière (Oseo : Cap emploi Genève SEMO et Onex solidaire)
- Orif (Intégration et formation professionnelle)
- Police (Brigade des Mineurs)
- Païdos
- Pluriels
- Stop Suicide
- Trajet
- Trajectoires
- Urban Médiation
- Viol Secours
- Service de la Jeunesse (travailleurs sociaux hors murs)
- Tribunaux des mineurs & de protection de l'adulte et de l'enfant
- Et quelques structures internes aux Hôpitaux universitaires de Genève : Consultations Santé jeune et Santé migrants, Adolescents, Planning familial, Prévention violence, Jeunes adultes

avec troubles psychiques débutants, Troubles de l'humeur, Addictologie & Unité mobile d'urgence sociale.

<sup>1</sup> Membres du groupe de pilotage du projet : Mme Schmid Nichols (psychologue responsable du centre d'étude et de prévention du suicide- SPEA-HUG), Dr Edan (médecin adjointe responsable de l'Unité de crise - SPEA-HUG), Mme Kolly (directrice de la fondation Children Action, organisme financeur de l'Unité de crise), Mme Chautems Leurs (secrétaire générale de l'association Astural), Dr Wyler (médecin directrice adjointe au Service de Santé de l'Enfance et de la Jeunesse), Dr Imhof (cheffe d'équipe de la consultation pour adolescents de la Rive droite de l'Office Médicopédagogique), Mme Stephano (assistante et conseillère sociale à l'Ecole de Culture générale), M. Bernard et Mme Pons (directeur et responsable de foyers de la Fondation officielle de la jeunesse), Mme Rüesch Schwarz (travailleuse sociale hors murs, au Service de la jeunesse du Département de la cohésion sociale et de la solidarité), M. Mani (directeur opérationnel à la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle), Mme Forestier (infirmière, psychologue, adjointe scientifique à la Haute école de santé) Mme Radulescu (psychologue au CEPS - SPEA-HUG).

## **CONCLUSION**

---

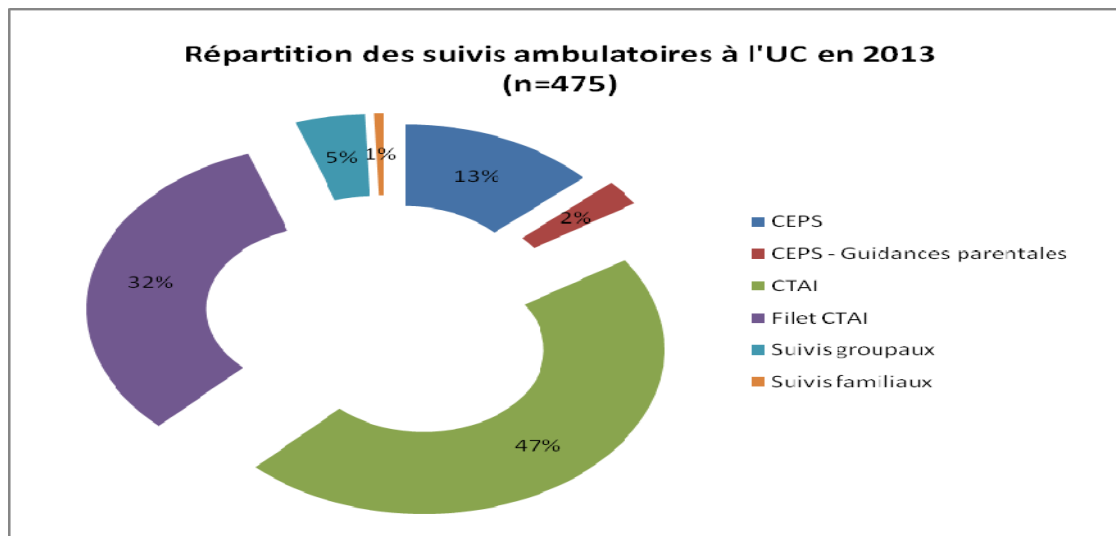
Il ne s'agit pas tant de conclure, mais de ponctuer un trajet en cours et de saluer l'investissement de tous ceux qui ont contribué à la réalisation des nombreux engagements que le CEPS assure. Tout d'abord l'accueil au quotidien, des appels, des messages et des jeunes, par les psychologues, médecins et infirmiers qui, avec un grand professionnalisme, écoutent, rencontrent et orientent les jeunes en détresses, leurs proches et les professionnels qui les entourent. Saluer également tous les membres du réseau, professionnels et non professionnels, que nous rencontrons et qui, avec nous, contribuent à l'accompagnement de ces jeunes. Saluer également les jeunes qui nous font confiance et qui ont leur courage de revisiter, avec nous, ces aires profondes d'eux-mêmes, aires qui se révèlent aussi être le berceau de leur créativité. Et un grand merci également à Pilar Ohlendorf et Adriana Radulescu, psychologues au CEPS, qui parallèlement à leurs tâches cliniques ont assuré la coordination des données recueillies pour ce rapport d'activité.

*Nathalie Schmid Nichols  
Psychologue responsable du CEPS*

# LE VOLET SOIN

## 1) Le Centre de traitement ambulatoire intensif CTAI

### Profil des adolescents rencontrés et répartition des suivis ambulatoires en 2013



475 adolescents ou entourage d'adolescents ont été suivis dans notre unité cette année.

La plus grande part de ces adolescents est suivie en ambulatoire intensif, c'est-à-dire dans une prise en charge globale où l'adolescent bénéficie d'un suivi individuel, familial et groupal, et peut aussi être hospitalisé aux lits de crise dans un système de nuit ambulatoire.

Les demandes de filet ont connu une explosion cette année et représente 32% des situations d'adolescents qui nous sont parvenus. Une réflexion est en cours autour pour cette activité qui se veut au service des thérapeutes installés. Elle est dédiée aux adolescents déjà suivis et vivant un temps dans la thérapie de mouvement suicidaire qui nécessite un accès aux outils de l'unité de crise (répondance téléphonique 24h/24, entretiens infirmiers à la demande, possibilité de nuits CTAI), les thérapeutes installés, dans la mesure des places disponibles, peuvent aussi faire une demande de suivi groupal.

15% des suivis ambulatoires se fait dans le secteur prévention.

**Le centre de Traitement ambulatoire intensif** représente la plaque tournante du dispositif.

Pensé lui aussi comme limité dans le temps et tourné vers une orientation ultérieure psychothérapeutique, le CTAI développe de plus en plus des activités parallèles au traitement psychiatrique intégré. Le CTAI a permis d'évaluer 206 adolescents cette année.

### Le dispositif filet

Ce dispositif a connu une nette augmentation cette année. Dispositif porté par l'équipe infirmière, le principe du filet pourrait se résumer ainsi «il y a quelqu'un qui pense à moi quelque part». Les demandes, émanent de thérapeutes installés dans des périodes d'absence du thérapeute (vacances l'été en particulier), ou bien dans des moments de crise dans la thérapie avec la nécessité d'une possibilité de soutien. Ce soutien est de différents types, il va de la simple mise à disposition téléphonique, à la possibilité de nuits ambulatoires, de rendez-vous infirmiers, voire, en cas de besoins, de rendez-vous médicaux. Le filet dure maximum un mois. Un retour par l'équipe, par téléphone et par courrier, est adressé au thérapeute qui nous sollicite.

## **Le dispositif groupal**

Le groupe art-thérapie, très investi par les adolescents, s'est terminé fin mars, sans être remplacé.

- **Groupe fiction** : l'objectif de ce groupe est de permettre aux adolescents de mobiliser leur imaginaire, leur monde interne en toute sécurité puisque que tout se passe dans l'histoire. Ainsi les adolescents peuvent par la suite avoir accès à l'aspect symbolique et la parole peut alors vivre, circuler. 108 patients ont bénéficié de ce groupe en 2013.  
Conducteurs du groupe : Josée Viglieno, Daniela Laforet, Lacen Ahmed, Isabelle Pio
- **Groupe santé** : a travers des jeux, des cd, des court métrages, du matériel anatomique, les meneurs du groupe amènent les adolescents à s'interroger sur leur propres agissements (prise de toxiques, sexualité, contraception, alimentation...). Dans ce groupe, les adolescents ne parlent pas de leur histoire mais partagent avec les pairs leur savoir, connaissances et interrogations. 89 patients ont bénéficié de ce suivi en 2013.  
Référents : Gabriel Nganga Nseka, Daniela Laforêt, Sita Pottacheruva, Jérôme Bouchet
- **Groupe parole au corps** : Il s'agit d'un groupe basé sur la relaxation, l'expression sculpturale groupale avec un temps de verbalisation à la fin. Il est indiqué pour les adolescents qui ont un rapport difficile au corps, soit qu'ils l'attaquent, soit qu'ils le délaissent, soit même qu'ils l'exhibent. Le groupe est conduit par la psychomotricienne et le co-thérapeute fait « du même », c'est-à-dire qu'il se relaxe, tout comme les adolescents et lors du moment de verbalisation, il s'exprime également, cette participation de l'adulte co-thérapeute permet un jeu de miroirs.  
Conducteurs : André-Marie Amiot et Dr N. Sportelli, en suite de Dre M. Fischer
- **Groupe psychodrame** : Le psychodrame est une médiation pour permettre aux adolescents de jouer, par association libre, une scène élaborée à plusieurs, à l'aide des deux conductrices du groupe, Nathalie Schmid Nichols et Anne Edan. Le jeu permet de faire apparaître des problématiques et propose des solutions parfois inédites qui seront travailler tout au long du groupe. Cet espace s'est ouvert en toute fin d'année 2013  
Conductrices : Anne Edan et Nathalie Schmid Nichols

## **Le traitement ambulatoire intensif**

La particularité tient à l'utilisation des nuits qui a doublé cette année. Ce dispositif, dans la période de surcharge, nous a permis de soutenir les adolescents dans l'attente d'une hospitalisation.

## **Le suivi des familles**

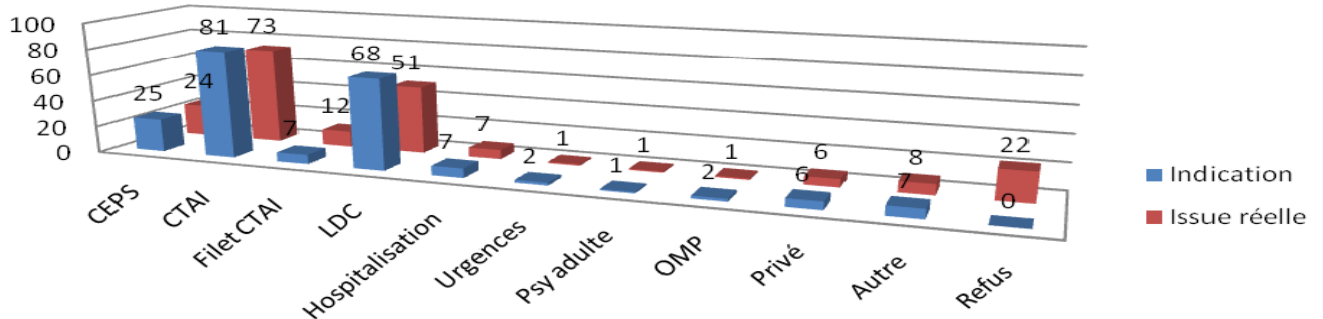
Les familles sont reçues à l'unité de crise dès la première rencontre avec l'adolescent, la plupart du temps, en présence de l'adolescent.

Le travail consiste à accueillir les familles, à évaluer avec elles leur compréhension de ce qui arrive à leur enfant, à leur proposer un soutien. Il s'agit d'un véritable travail pour toute la famille lorsqu'un adolescent est en crise et les familles répondent bien à cette nécessité de travail. Ils sont accueillis par les médecins chefs de clinique, l'assistante sociale et un psychologue thérapeute de famille.

## **La prise de nouvelles post-crisis**

Des cartes postales ont été envoyées, des appels, parfois même des prises de rendez-vous à distance ont été proposées. Cette nouvelle pratique est encouragée par la littérature afin de limiter le risque de récurrence à distance d'un traitement et d'améliorer l'adhésion au suivi.

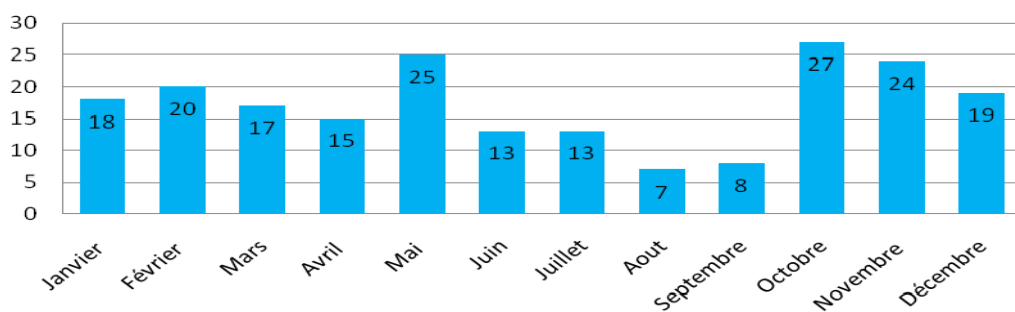
## Indication et issue réelle après l'évaluation pour les patients évalués à l'unité de crise en 2013 (n=206)



Pour 88% (181) des adolescents rencontrés, un suivi dans notre unité est proposé. Majoritairement, nous proposons un suivi en ambulatoire intensif. 10% de ces adolescents vont refuser le suivi crise, mais refuseront aussi toute autre proposition de suivi. En issue réelle, plus de  $\frac{3}{4}$  (160/206) des adolescents à l'issue d'une première rencontre avec notre équipe acceptent de débiter un suivi à l'unité de crise sous différentes formes (CEPS, CTAI, Lits de crise, filets au service d'un thérapeute installé).

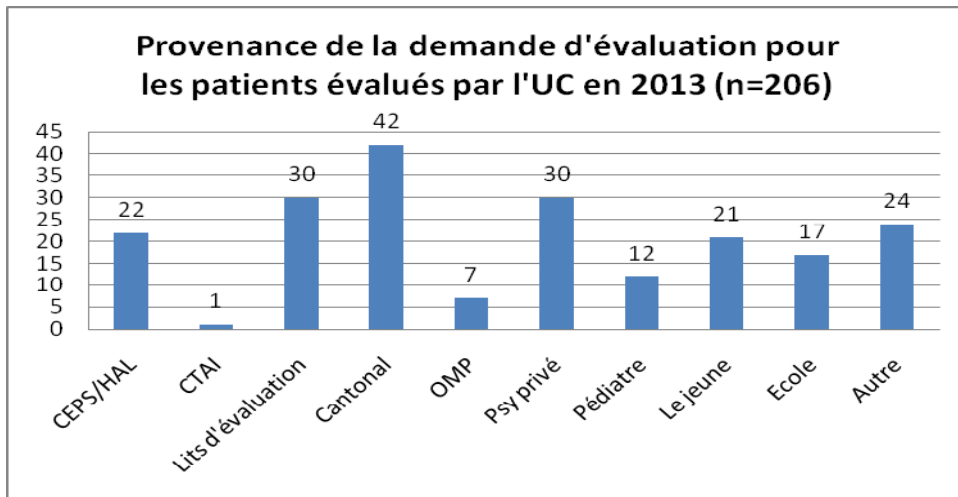
La différence entre l'indication et l'issue réelle est particulièrement importante pour l'orientation vers les lits de crise qui nécessite parfois un temps supplémentaire de suivi ambulatoire intensif pour accepter la proposition d'hospitalisation.

## Répartition par mois des patients évalués à l'UC en 2013 (n=206)



On assiste à une augmentation du nombre d'évaluation au cours de cette année. L'été de juin à septembre a été calme, comme les années précédentes. Les pics d'activité ont été particulièrement importants cet automne d'octobre à décembre qui représente un tiers des évaluations réalisées dans l'année. Nous avons maintenu la période de fermeture des lits l'été qui s'est révélée calme, cette année encore.





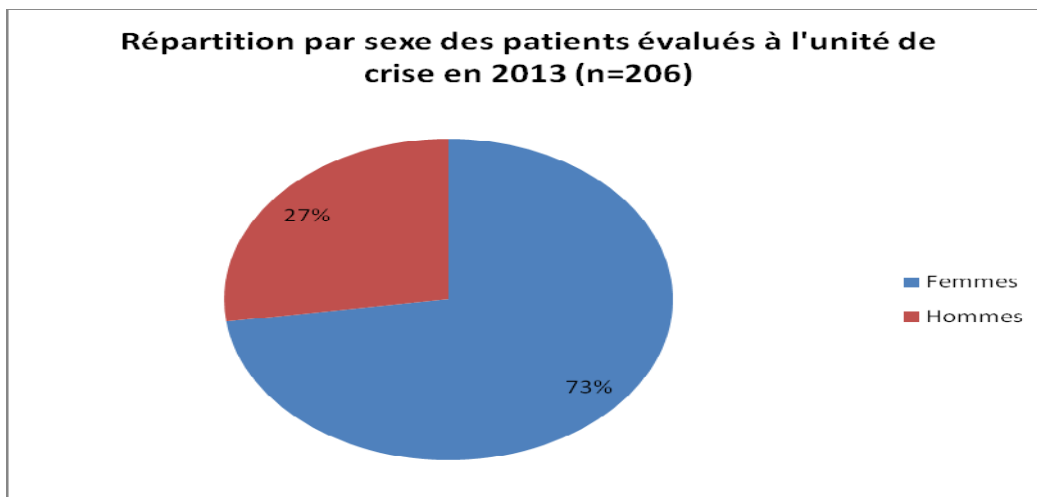
10,5 % des adolescents sont adressés par la partie prévention de notre unité.

35% viennent du milieu hospitalier (avec une majorité d'adolescents de plus de 16 ans (20% de l'hôpital cantonal) et 15% de moins de 16 ans qui viennent de l'hôpital des enfants et principalement des lits d'évaluation).

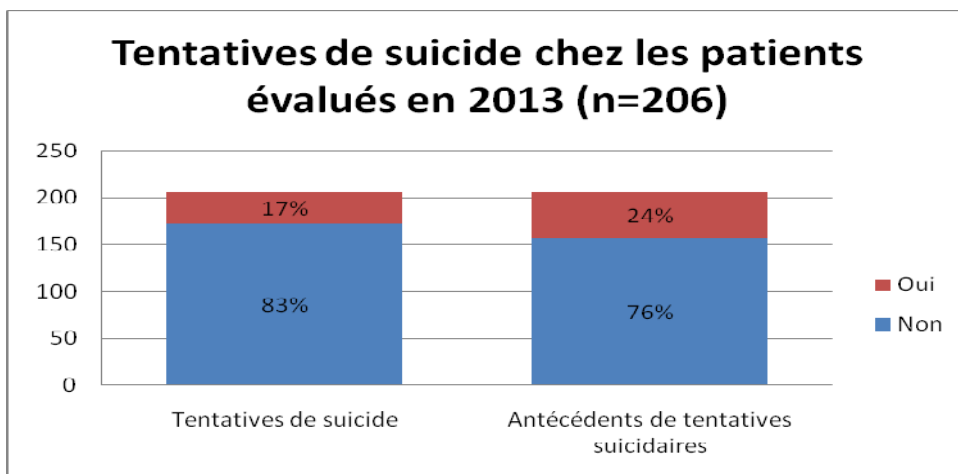
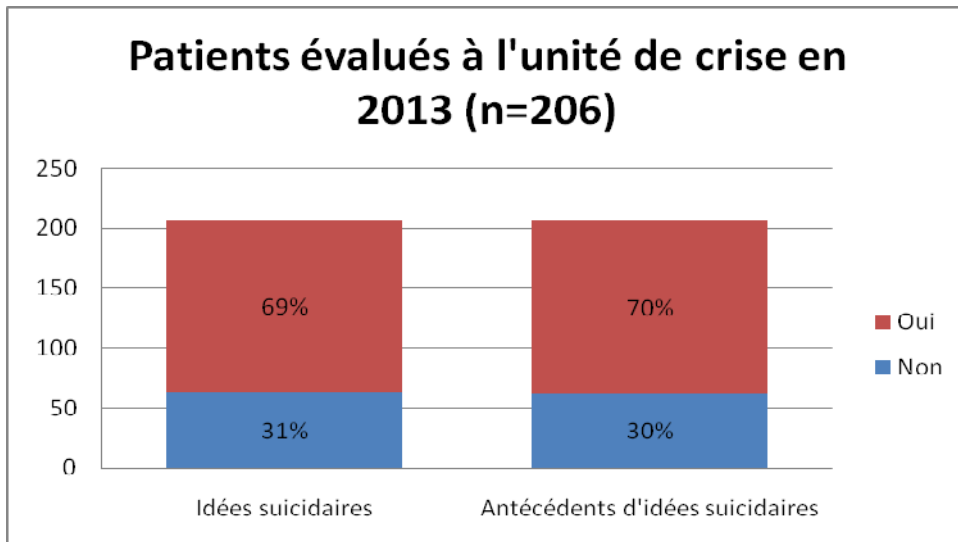
Un quart des adolescents viennent de collègues installés, psychiatre, pédiatre ou psychologue ou d'un suivi ambulatoire type OMP.

10% des adolescents font eux-mêmes appel, ce chiffre est en augmentation comparé à l'année précédente. Le profil de ces adolescents qui appellent est qu'ils connaissent souvent un ami qui a déjà été suivi à l'unité de crise.

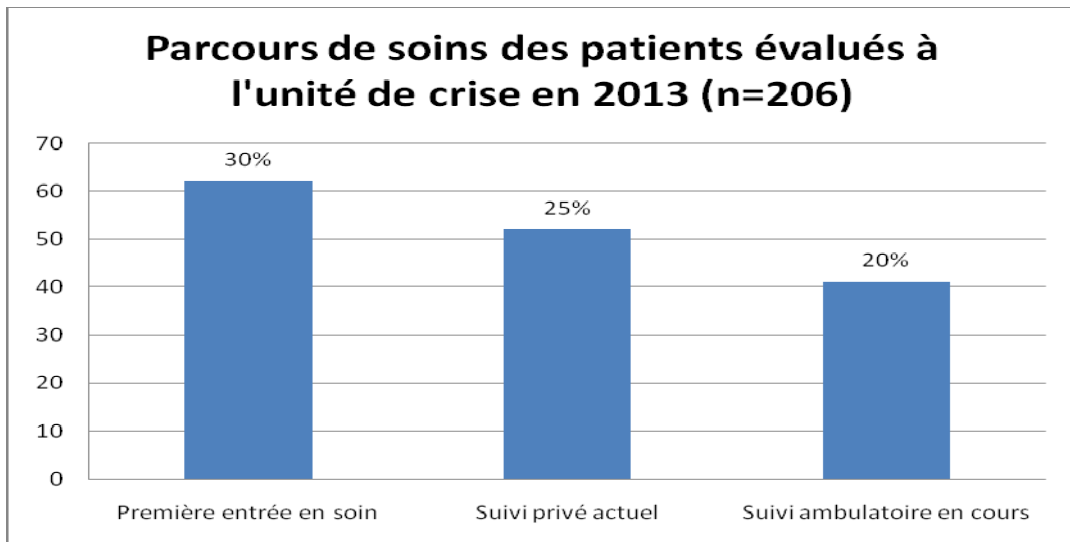
11% sont classés dans « autre ». Il s'agit d'adolescents qui refusent la première évaluation mais qu'on rencontre une seconde fois à la demande du réseau ou de l'équipe d'accueil qui a pu faire mûrir le projet pour l'unité de crise.



Les garçons demeurent moins présents dans les demandes de suivi à l'unité de crise, la représentation est cependant meilleure que dans la revue de la littérature, on remarque cependant une bonne accroche au niveau du groupe. Face à ce constat, un travail de thèse mené par Mme Aline Forestier, adjointe scientifique dans le cadre de la filière soins infirmiers de la Haute école des Soins, est en cours, sur une détection bas seuil des garçons qui présenteraient une conduite à risque.

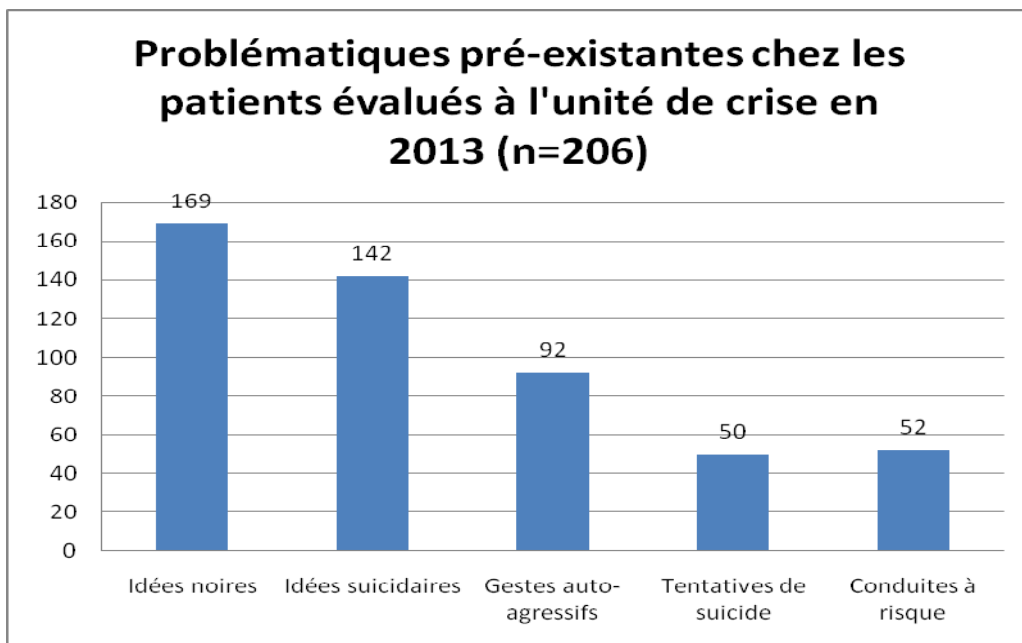


Un quart de la population rencontrée a déjà fait un passage à l'acte suicidaire et seulement 17% de notre file active débute le suivi à l'unité de crise suite au passage à l'acte. Cette diminution d'année en année du mode d'entrée à l'unité de crise alors que nous sommes de mieux en mieux identifiés par le réseau, témoigne que les adolescents à Genève et leur entourage parviennent d'avantage à repérer les signes, les interpellations du mal-être des adolescents. Les adolescents bénéficient bien d'un soin en période de crise suicidaire, et cette baisse du nombre de passage à l'acte est très encourageante puisqu'il s'accompagne d'un maintien d'un chiffre bas de décès par suicide dans la population rencontrée.

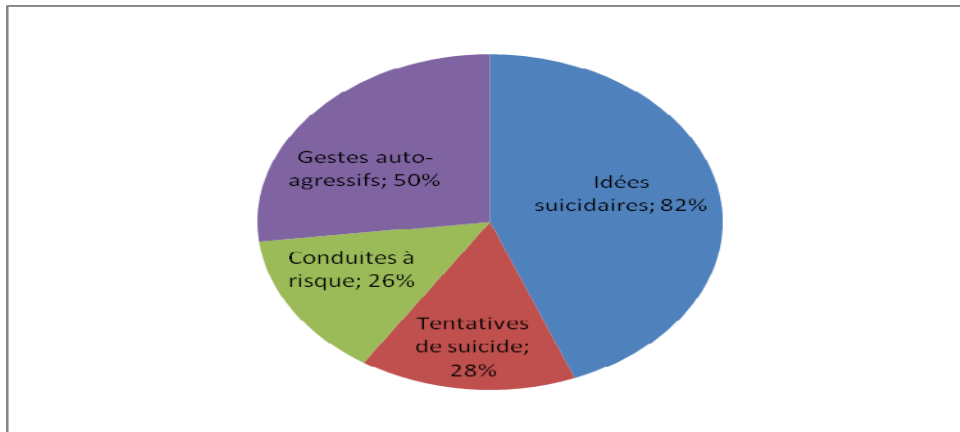


Pour un tiers des adolescents rencontrés, c'est la première fois qu'ils entrent en soin lorsque nous les rencontrons. La moitié est déjà en lien avec un thérapeute à l'extérieur, soit en privé, soit dans une institution ambulatoire autre (principalement OMP ou UAPH). Le quart restant a déjà rencontré un « psy » (psychologue, psychiatre), par le passé, mais n'a pas pu reprendre le lien avant de venir jusqu'à l'unité.

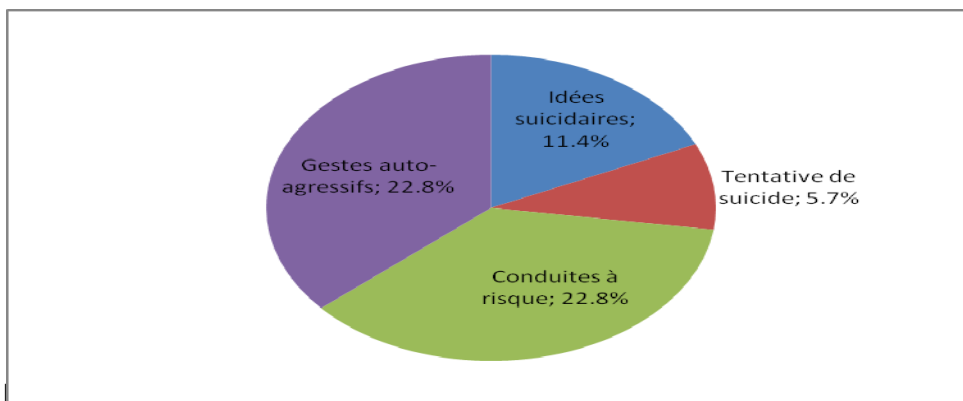
Ces chiffres sont remarquables. Ils montrent l'utilisation active de l'unité de crise par le réseau, le suivi possible des adolescents. Il reste à creuser si une population nous échappe et quels sont les caractéristiques de cette population.



Ce tableau nous indique que plus de 80 % des adolescents reconnaissent des idées noires, et plus de deux tiers des adolescents rencontrés verbalisent des idées suicidaires. Le fait que nous n'atteignons pas les 100% vient que c'est l'entourage qui peut être porteur des inquiétudes. Il s'agit aussi d'évaluation dans le cas de conduites à risques suspects dans un contexte de crise (nombreux événements de vie, ou apparition de symptômes en plus).



Nous avons isolé dans la population idées noires, les différents risques possibles. Les idées suicidaires accompagnent logiquement la tristesse dans la population que nous accueillons. 28 % ont déjà fait des tentatives de suicide, 26% présentent des conduites à risques et la moitié relèvent des gestes auto-agressifs, comme en témoigne le tableau ci-dessus.



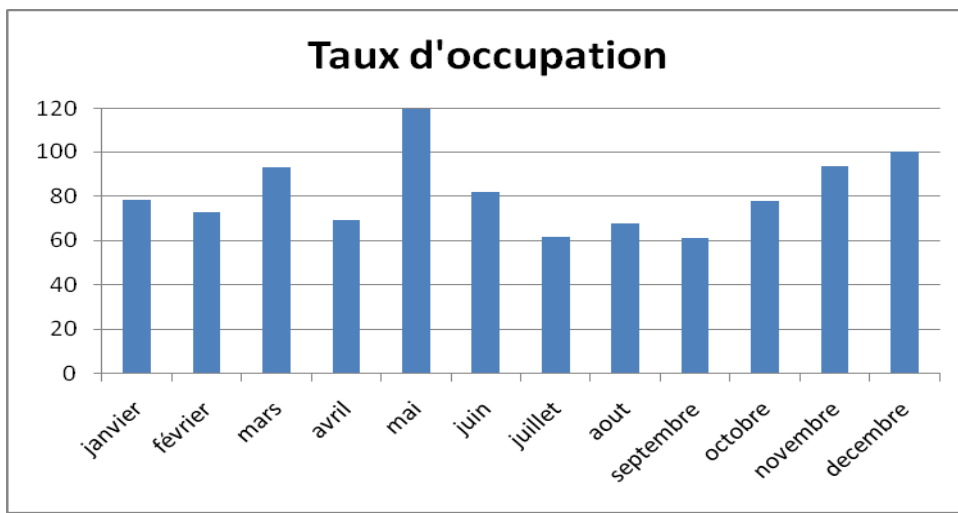
néanmoins surgir et c'est par l'intermédiaire de conduites à risques et de gestes auto-agressifs, même sans verbalisation initiale, que nous sommes interpellés.

## 2) Lits de crise LDC

---

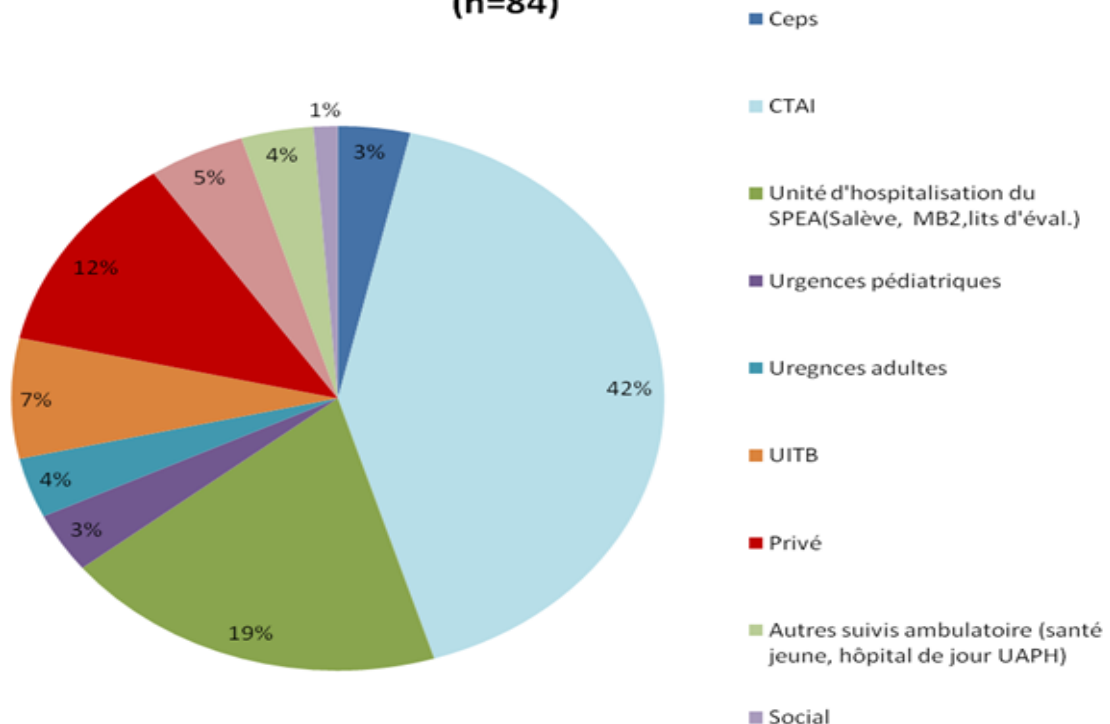
Le nombre d'hospitalisation aux lits de crise est le même que l'année passée (84 en 2013 et 86 en 2012). Le taux d'occupation a par contre un peu augmenté avec des durées d'hospitalisation souvent proche d'un mois.

Un seul médecin interne prend en charge les 6 adolescents hospitalisés aux lits de crise, ce qui est une nouveauté. Le chef de clinique intervient en seconde intention et rencontre les familles des adolescents hospitalisés. La plupart des adolescents ont pu reprendre leur scolarité à 50% à partir des lits de crise. Un questionnement est en cours sur l'évolution possible du cadre de soins, partant sur l'idée de se recentrer autour de l'adolescent et de sa famille. Ce travail est mené par le chef de clinique Dr N. Sportelli et la cadre infirmière Mme F. Fedal Cochard.



La moyenne de la durée d'hospitalisation a été de 16.9 jours. Le taux d'occupation est élevé cette année. Nous attribuons ce fait à une utilisation plus souple des nuits ambulatoires. Nous pensons avoir pu éviter certaines hospitalisations. Le chiffre très haut en mai vient du fait que nous avons dû fermer des lits pour travaux (rénovation des différentes pièces et en particulier toutes les chambres ont été refaites en 6 semaines, obligeant à une fermeture de deux chambres tous les 15 jours). Le taux d'occupation idéal pour notre unité ne doit pas excéder les 80% pour offrir la réactivité maximale, ce qui doit être une exigence pour accueillir les adolescents en crise.

### Provenance des patients hospitalisés aux LDC en 2013 (n=84)



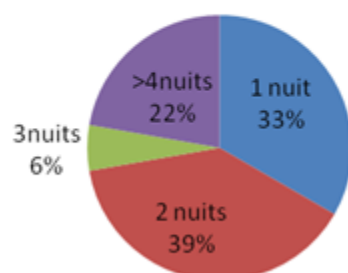
Les patients hospitalisés viennent en majorité d'un passage préalable au secteur ambulatoire de l'Unité de Crise (45%). Ceci souligne toujours ces deux points : l'hospitalisation demande parfois du temps pour être acceptée par l'adolescent et sa famille, et le parti pris du virage ambulatoire, avec la possibilité de jouer d'avantage sur les nuits ambulatoires.

La provenance directe par les urgences diminue pour deux raisons probables : mieux identifié par le réseau, nous parvenons à intervenir avant l'urgence et avant le passage à l'acte mais aussi parce qu'il est parfois nécessaire de profiter d'un séjour dans une unité de courte hospitalisation type UITB pour les plus de 16 ans, et l'unité d'hospitalisation pour les moins de 16 ans, suite à un passage à l'acte (surveillance, refus de soins au décours du passage à l'acte). Cette provenance directe de l'hôpital des enfants ou de l'hôpital cantonal représente un tiers de notre population.

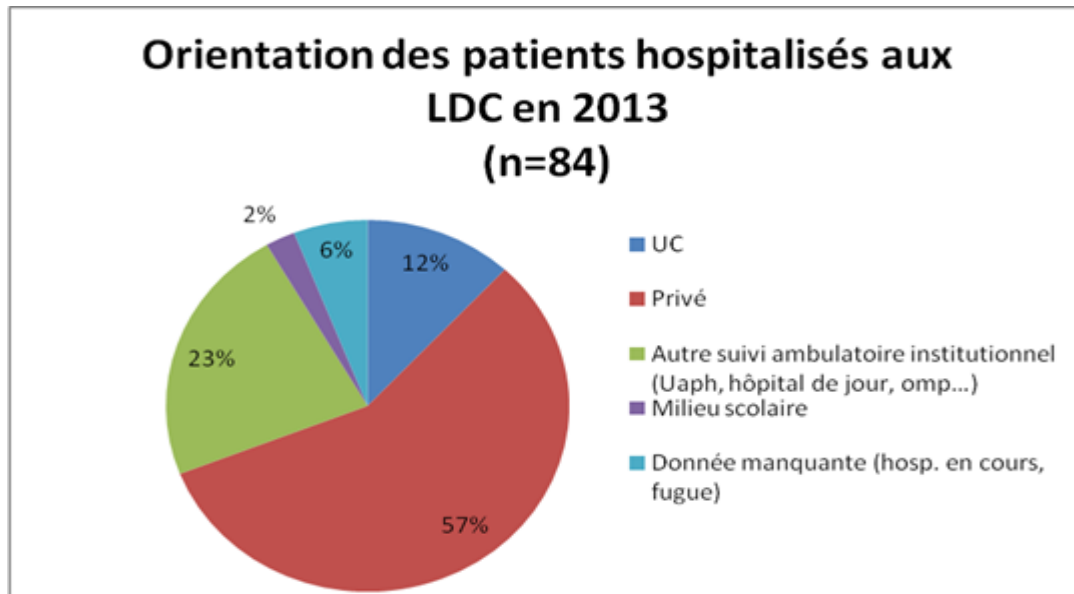
21% des adolescents viennent de thérapeutes installés, privé, ambulatoire institutionnel ou OMP.

1% viennent directement du milieu social, en ce qui concerne les lits de crise.

### Nombre de nuits par patient (n=105)



Les nuits ambulatoires sont en augmentation cette année (105 vs 70 l'année passée). Elles représentent 20% de l'accueil possible. Le dispositif s'est volontairement assoupli : 28% des adolescents ont profité de plusieurs nuits d'affilée. Nous avons délaissé la logique des deux nuits maximum. La souplesse de ce dispositif ainsi revu a permis d'éviter certaines hospitalisations temps plein ou de limiter la durée. Certaines sorties ont ainsi été facilitées et plus rassurantes pour les familles.



Au décours des lits de crise, l'orientation privilégie encore la psychothérapie, que ce soit en privé ou en suivi ambulatoire institutionnel (80%). Un quart de la population hospitalisée nécessite une poursuite plus étoffée qu'un suivi individuel, c'est en particulier le cas lorsqu'un travail avec la famille est nécessaire.

Pour 12% d'entre eux, un suivi doit se poursuivre en ambulatoire intensif soit par une fin d'hospitalisation anticipée à la demande de l'adolescent ou sa famille, soit parce que la reprise scolaire semble être nécessaire, soit enfin parce que la prise en soins se montre plus difficile et fait intervenir de nombreux acteurs.

## CONCLUSION

---

L'année 2013 fût une année de départ. Des collaborateurs précieux sont partis mais les nouveaux arrivés ont joué le jeu de faire évoluer le modèle initial de notre unité, accentuant la fluidité entre nos structures, acceptant de marquer les différents rôles de manière plus claires. De nombreux points sont au travail, de nombreux projets sont encore en cours :

- inviter les différents collaborateurs institutionnels pour qu'ils comprennent notre fonctionnement et la nécessaire base volontaire de nos soins (pédiatres des urgences, thérapeutes installés...)
- élaboration de nouveaux groupes ou ateliers pour les adolescents et leur famille au sein de l'unité de crise
- réflexion sur une insertion plus forte de l'unité de crise dans la cité
- incarner l'enseignement à l'Unité de Crise
- chercher un mode de follow-up et de critères permettant d'évaluer le rôle de l'unité de crise et son parti pris dans la gestion de la crise suicidaire.

Malgré le vent institutionnel qui a soufflé bien fort en 2013, le bateau de l'Unité de Crise et tout son équipage tient le cap, toujours au service des adolescents, gardant la dignité de penser et d'entendre les récits des adolescents et de leur famille. Ces récits, souvent chaotiques, parfois fait d'insupportable, demeurent pourtant une source d'émerveillement, dans la quête de chacun qu'il dévoile, au-delà du désarroi, au delà de la désespérance. Cette quête du vrai, au-delà du bien, cette quête d'un monde à appréhender différemment pour chacun, cette délicate transition qui fait passer l'enfant, objet du désir de ses parents au futur adulte, sujet que cette crise suicidaire a la vertu de rendre le sujet désirant.

Nous avons reçu un accueil chaleureux de l'ensemble du réseau pour le dispositif aiRe D'ados, dispositif mené tambour battant par sa coordinatrice, Mme N. Schmid Nichols.

Le soutien sans faille de Children Action dépasse le soutien financier. Children Action nous permet de réajuster nos projets, de les rendre visibles. L'écoute attentive de sa directrice Mme S. Kolly et de son président Mr B. Sabrier, face à nos questions, face à nos ambitions et au chemin à emprunter pour y arriver, permet l'atmosphère nécessaire pour rester créatif, pour croire que l'humanisme a une place, qu'il est suffisamment précieux pour être encouragé.

Le travail accompli cette année est aussi dédié à notre chef de service, le Professeur F. Ansermet, psychanalyste qui, cette année, a été nommé membre du comité consultatif national d'éthique en France. Cette nomination, et le dynamisme qui déteint sur nous des réflexions éthiques, nous convoque sur le terrain de la rigueur de la pensée mais aussi de l'ouverture. Le travail tend vers définir et déployer les questions plutôt que de fermer la douleur par une solution, par une réponse, forcément incomplète, dès que l'on touche à l'humain.

Ce rapport d'activité salue le travail accompli par toute l'équipe de l'unité de crise à qui j'adresse mes remerciements pour leur engagement, leur dynamisme, leur créativité, le souci qu'ils ont pour les adolescents qu'ils rencontrent et leur famille, le professionnalisme qu'ils affichent face aux différents collaborateurs extérieurs.

Enfin, j'adresse mes pensées aux adolescents qui ont traversé une crise cette année, qui ont accepté de faire face à ce qu'ils vivaient, à leurs familles qui les ont accompagnés. Je les remercie de ce qu'ils nous ont enseigné sur comment ils parviennent à se repérer dans leur histoire, dans leur douleur et dont ils ont pu, chacun à leur manière, témoigner à l'unité de crise.

*Anne Edan, médecin adjointe responsable de l'unité de crise*