

Travail de Bachelor

Enfants blessés, parents concernés :

Une revue de littérature autour des parents d'adolescents souffrant
d'automutilations

Réalisé par : Manon Pannatier

Promotion : Bachelor 12

Sous la direction de : Aziz Salamat

Sion, le 15 juillet 2015

Table des matières

1. Résumé	1
2. Déclaration.....	2
3. Introduction	3
3.1 Problématique.....	3
3.2 Question de recherche	4
3.3 But de la recherche.....	4
4. Cadre théorique.....	5
4.1 Adolescence	5
4.1.1 Développement physique	5
4.1.2 Remaniements psychiques individuels.....	6
4.1.3 Remaniements groupaux, familiaux et communautaires	6
4.1.4 L'adolescent et l'attachement	7
4.2 Automutilations	7
4.2.1 Trouble de la personnalité borderline : définition	10
4.2.2 Troubles du comportement alimentaire	12
4.3 Thérapie systémique	13
4.3.1 Concepts infirmiers	13
4.3.2 Concepts de l'approche systémique.....	14
5. Méthode.....	16
5.1 Devis	16
5.2 Collecte des données	17
5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	18
Pyramide des preuves	19
6. Résultats.....	20
6.1 Description de l'Etude 1 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2011). Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions.	20
6.1.1 Validité méthodologique.....	21
6.2 Description de l'Etude 2 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2012). Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses.....	21
6.2.1 Validité méthodologique.....	22
6.3 Description de l'Etude 3 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents.....	23
6.3.1 Validité méthodologique.....	24
6.4 Description de l'Etude 4 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions.....	24
6.4.1 Validité méthodologique.....	25

6.5 Description de l'Etude 5 : Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., & ... Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?	25
6.5.1 Validité méthodologique	26
6.6 Description de l'Etude 6 : Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., & ... Guerin, S. (2008). Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers	27
6.6.1 Validité méthodologique	27
6.7 Description de l'Etude 7 : Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours	28
6.7.1 Validité méthodologique	29
6.8 Synthèse des principaux résultats	29
6.8.1 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	31
7. Discussion	31
7.1 Qualité et crédibilité des résultats	33
7.2 Limites et critiques de la revue de littérature	33
8. Conclusions	33
9. Références bibliographiques	36
10. Annexes.....	I
Annexe I : Tableaux de recension.....	I
Annexe II : Tableau récapitulatif des études sélectionnées	IX
Annexe III : Glossaire	XI

1. Résumé

But : Ce travail vise à établir, d'une part, de quels types de soutien ont besoin les parents d'adolescents qui s'automutilent, et d'autre part, dans quelle mesure les parents peuvent devenir des aidants pour leur adolescent lorsque celui-ci a recours à des comportements automutilateurs.

Méthode : Sept études, soit cinq qualitatives, une mixte et une quantitative ont été sélectionnées pour effectuer cette revue de littérature. Les études qui la composent sont toutes disciplinaires et traitent des automutilations chez l'adolescent. Les recherches retenues sont des recherches primaires uniquement ; les méta-analyses et revues de littérature étaient exclues.

Résultats : Les principaux résultats ont pu être classés en cinq catégories, soit : la perception de l'automutilation par les infirmières¹, l'infirmière dans l'accompagnement des parents, la perception de l'automutilation par les parents, les parents en tant qu'aidants et l'influence des parents sur les adolescents. Il en ressort essentiellement que les conceptions infirmières et parentales du phénomène d'automutilation diffèrent. Le besoin le plus marqué est le besoin d'être informé. En outre, les parents ont rencontré des difficultés à parler d'automutilations avec les infirmières, même en milieu psychiatrique et souhaiteraient avoir accès à des groupes de soutien.

Conclusions : La thérapie familiale systémique est pertinente dans le contexte des automutilations chez les adolescents et est utilisée en pédopsychiatrie en Valais. La formation en Suisse Romande propose des perfectionnements à ce sujet. Cependant, de nouvelles recherches seraient souhaitables pour approfondir le sujet.

Mots-clefs : automutilations, adolescents, approche systémique, parentalité, rôle infirmier, groupe de soutien

¹ Le présent document inclut la forme masculine. Néanmoins, dans le but d'en faciliter la lecture, seule la forme féminine est utilisée.

2. Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date :

Signature :

3. Introduction

Environ 10% de la population mondiale adulte est atteinte de troubles psychiatriques (Organisation Mondiale de la Santé, 2001), peu importe les régions et les cultures observées. Hommes et femmes sont concernés, et indépendamment de leur statut social. Les coûts totaux de la santé mentale ne sont pas négligeables : «Le coût économique total des troubles mentaux est considérable. Aux Etats-Unis, les coûts directs des soins psychiatriques généraux ont été estimés à US \$148 milliards par an, soit 2,5 % du produit national brut » (Organisation Mondiale de la Santé, 2004, p. 1). L'OMS parle ici des coûts directs. Concernant les coûts indirects, elle les présente comme « deux à six fois plus élevés que les coûts directs dans les économies de marché développées » (Organisation Mondiale de la Santé, 2004, p. 1).

L'automutilation est un symptôme psychiatrique touchant la population générale, adultes et enfants confondus. La prévalence de ce type de comportement dans la population générale se présente à un taux qui varie, selon les études, de 1 à 4% (Gicquel & Corcos, 2011). Actuellement, ce taux se situe vraisemblablement aux alentours des 2%, même si les chercheurs parlent de pourcentages très variables (Gicquel & Corcos, 2011).

Chez l'adolescent, les automutilations sont nettement plus fréquentes que dans le reste de la population. En effet, 15 à 20% des adolescents ont recours à des comportements de ce type (Caicedo & Whitlock, (S.d.)). « Au sein d'échantillons de lycéens, le niveau de comportements auto-agressifs atteindrait de 12 % à 35 % de sujets » (Gicquel & Corcos, 2011, p. 71). Ces auteurs (Gicquel & Corcos, 2011) signalent encore qu'un lycéen sur six dit avoir eu recours à des automutilations. Les chiffres mentionnés dans ce paragraphe se rapportent au Canada, aux Etats-Unis, à l'Australie et au Royaume-Uni. La prévalence des automutilations chez les adolescents reste difficile à établir, car les chiffres varient fortement selon les études et leur contexte.

En dehors des coûts économiques que les troubles psychiatriques engendrent, évoqués plus haut, l'OMS signale que les troubles psychiatriques « supportent aussi des coûts sociaux, comme le coût affectif que représente la garde des membres handicapés de la famille, ... l'exclusion sociale, la stigmatisation et l'impossibilité de saisir les occasions de perfectionnement personnel à l'avenir » (Organisation Mondiale de la Santé, 2004, p. 2). Ce travail s'intéresse donc à la problématique de la santé mentale, plus particulièrement aux automutilations chez les adolescents.

3.1 Problématique

Le phénomène d'automutilation concerne près d'un adolescent sur six (Gicquel & Corcos, 2011). Les parents d'adolescents se retrouvant face à des comportements de

ce type y répondent par de multiples émotions, telles que le déni, la colère, la culpabilité ou la sympathie (Sweet & Whitlock, S.d.). Baptiste Brossard (2014) suppose que les membres de la famille se sentent démunis face aux automutilations de leurs enfants. De plus, « l'idée que les troubles des enfants sont causés par les parents demeure très répandue » (Brossard, 2014, p. 90) et maintient un risque de stigmatisation des parents. L'auteur (Brossard, 2014) décrit plusieurs réactions familiales à la découverte des automutilations d'un de leurs enfants. Il analyse la première comme une réaction de tolérance familiale, allant jusqu'à amener un enfant à l'hôpital afin de soigner ses blessures sans lui poser de question. La deuxième est définie par le fait de pousser son enfant à aller voir un soignant. Certains adolescents perçoivent cette démarche comme une forme de désintérêt familial. La troisième réaction consiste à parler avec l'enfant qui s'automutile. Cette réaction est la plus acceptée du point de vue social. Cependant, la démarche aboutit souvent à un « cercle de culpabilité » (Brossard, 2014, p. 91) : le parent exprime sa culpabilité, puis l'enfant s'accuse d'entraîner des problèmes par le biais de ses automutilations. Parfois, les parents vont jusqu'à surveiller de manière très intensive le corps de leur enfant, lui interdisant toute atteinte corporelle, « solution intenable sur le long terme » (Brossard, 2014, p. 92)

3.2 Question de recherche

Comme mentionné plus haut, les parents n'ont pas toujours une réponse appropriée face aux automutilations de leurs enfants : ils peuvent ressentir plusieurs types d'émotions, sans savoir comment les gérer. Ce travail s'intéresse d'une part au soutien dont ont besoin ces parents et d'autre part à la façon dont ces derniers peuvent aider leurs enfants. La question de recherche peut être définie comme suit : « Comment intégrer les parents d'adolescents dans la prise en charge de leurs enfants lorsque ceux-ci s'automutilent ? »

3.3 But de la recherche

Cette revue de littérature tend à observer par quels moyens les parents peuvent être intégrés dans la prise en soins de leurs adolescents qui s'automutilent. L'hypothèse principale de ce travail est que les parents peuvent être aidants pour leur enfant souffrant d'automutilations. Cependant, une autre hypothèse énonce qu'avant de pouvoir être une ressource pour leur enfant, les parents doivent trouver du soutien pour eux-mêmes, auprès des infirmiers par exemple. Par conséquent, cette revue de littérature vise non seulement à découvrir si les parents peuvent être une ressource pour les adolescents s'automutilant, mais également à expliquer, le cas échéant, de quel type de soutien ils ont besoin de la part des infirmiers. C'est pourquoi le présent travail s'intéresse aux

parents d'adolescents, spécifiquement de ceux qui ont été hospitalisés à cause de leurs automutilations et ne le sont plus actuellement.

4. Cadre théorique

4.1 Adolescence

L'OMS définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Elle relève également que c'est une « période de transition critique dans la vie » (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

Durant l'adolescence, de multiples changements se produisent. Ceux-ci se classent en quatre types de développement : le développement physique, cognitif, social et le développement de la personnalité (Bee & Denise, 2011).

4.1.1 Développement physique

Les dimensions principales influençant le développement physique de l'adolescent sont les hormones, la maturation sexuelle, les changements corporels ainsi que la santé et le bien-être (Bee & Denise, 2011).

Les glandes endocrines sécrètent des hormones. Certaines d'entre elles jouent un rôle dans le développement physique de l'adolescent. En premier lieu, l'hypophyse sécrète l'hormone de croissance qui provoque surtout la croissance des muscles et du squelette. Ensuite, la thyroïde sécrète la thyroxine : cette dernière a d'abord une influence sur la croissance, plus particulièrement du cerveau, puis joue un rôle dans la vitesse moyenne de la croissance. Les glandes surrénales, quant à elles, sécrètent les hormones androgènes, qui agissent surtout sur les **caractères sexuels secondaires**² des filles. Enfin, les testicules sécrètent la testostérone, qui donne lieu au développement des **caractères sexuels primaires** et secondaires, alors que les ovaires sécrètent les œstrogènes, qui modifient plutôt les caractères sexuels primaires et la croissance des seins (Marieb & Hoehn, 2010).

La maturation sexuelle peut se définir par deux ensembles de changements : les caractères sexuels primaires et secondaires. La classification de Tanner des stades de développements pubertaires met en avant l'âge moyen de changement des caractères sexuels primaires et secondaires (Brûlé & Cloutier, 2002). Chez la femme, le stade de maturation sexuelle s'observe au travers du développement mammaire et de la pilosité. Chez le garçon il s'observe grâce à la pilosité et le

² Les mots en gras sont définis dans le glossaire en annexe, classés par ordre alphabétique.

développement du pénis, des testicules et du scrotum. De manière générale, la maturation sexuelle débute entre 9 et 16 ans chez le garçon et entre 8 et 12 ans et demi chez la fille. La puberté peut être vécue de différentes manières si elle est précoce, ou, au contraire, tardive. Chez les filles, il a été observé que les adolescentes ayant eu une puberté précoce avaient une vision plus négative de leur image corporelle et présentaient plus de problèmes comportementaux (Bee & Denise, 2011). Il est donc intéressant de tenir compte du fait que l'âge moyen des premières règles a fortement diminué jusqu'en 1960. Actuellement, il continue à diminuer, mais de manière moins rapide.

4.1.2 Remaniements psychiques individuels

L'adolescence se manifeste également par des remaniements psychiques individuels. L'adolescent « doit se détacher et se séparer de ses objets de plaisir d'enfant, du seul lien d'amour à ses parents pour choisir ailleurs un objet d'amour dans sa génération » (Ferrari & Bonnot, 2013, p. 66)

L'adolescent doit faire face aux changements physiques décrits plus haut. A cet effet, il construit une nouvelle image de son corps : les auteurs (Ferrari & Bonnot, 2013) parlent alors de processus d'anamorphose. Lors de l'anamorphose, l'adolescent se trouve dans une phase de transition, où il n'est « ni chenille, ni papillon » (Ferrari & Bonnot, 2013, p. 66) : il prend conscience de sa sexualité sans la vivre réellement. Ce qui est généralement appelé « l'âge bête » est en définitive une « manière de parler de la sexualité sans la vivre encore » (Ferrari & Bonnot, 2013, p. 66)

4.1.3 Remaniements groupaux, familiaux et communautaires

La sphère familiale subit un remaniement au moment de l'adolescence d'un ou de plusieurs enfants. Ce remaniement est assimilable à une crise familiale. Au moment de cette crise, les auteurs Ferrari et Bonnot (2013) remarquent un positionnement nouveau vis-à-vis de l'intergénérationnel (parents et grands-parents) et de la place dans la fratrie.

Au niveau communautaire, les adolescents de familles migrantes sont confrontés aux mêmes difficultés d'intégration que leurs parents. Cependant, certains adolescents sont amenés à devoir prendre en charge des démarches administratives. A ce moment-là, le rôle de l'adolescent est modifié, et celui du père remis en question. De plus, les différences entre, d'une part, la culture familiale et, de l'autre, celle du pays que la famille habite, peuvent donner à l'adolescent une impression « d'entre-deux culturel » (Ferrari & Bonnot, 2013, p. 68) et poser des

problèmes d'appartenance entre le groupe duquel est issu l'adolescent et sa société d'accueil.

4.1.4 L'adolescent et l'attachement

Au moment de l'adolescence, les relations entre l'individu et les figures d'attachement primaires, soit les parents en règle générale, se modifient. Dans le même temps, de nouveaux liens d'attachement se tissent, et ce pour la première fois depuis la naissance. En effet, durant l'enfance, les relations avec les autres ne représentent pas des relations d'attachement à proprement parler (Ferrari & Bonnot, 2013).

4.2 Automutilations

En préambule, il est nécessaire de différencier les termes de suicide et de parasuicide. Le suicide est défini comme « un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale » (Organisation Mondiale de la Santé, Sd). Le parasuicide se caractérise, lui, par « tout acte estimé extrême et par lequel on risque la mort, de manière consciente ou confuse, mais dont les acteurs diffèrent des suicidaires, des suicidants ou des suicidés dans le sens que leur intention directe n'est pas de se tuer » (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Le parasuicide se présente sous les formes d'automutilation, de médication abusive et massive, d'utilisation de drogues ou d'alcool et de **comportements à risque** (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Alors que le suicide tend à supprimer définitivement l'état de conscience (Gicquel & Corcos, 2011), les automutilations visent majoritairement à soulager une souffrance en modifiant temporairement cet état de conscience. Cette souffrance peut provenir soit d'un surplus d'émotions, que l'adolescent n'arrive pas à supporter, soit d'un sentiment de vide, ou d'une absence d'émotion (Gicquel & Corcos, 2011).

Les automutilations sont présentes sous plusieurs formes. On peut principalement relever le fait de se brûler, d'interférer avec la cicatrisation, de se couper, de s'arracher les cheveux, de se cogner et de s'écorcher (Gicquel & Corcos, 2011). Les formes d'automutilations les plus fréquentes sont les ecchymoses volontaires, les scarifications, les abrasions et les brûlures (Pommereau, 2006). Le marquage de la peau chez les adolescents est utilisé comme un moyen de soulager les tensions et de marquer son identité. Selon ce principe, les tatouages et piercings pourraient être considérés comme des formes d'automutilation. Cependant, contrairement à ces derniers, les automutilations chez les adolescents « sont des conduites privées qui possèdent une valeur transgressive » (Pommereau, 2006, p. 61), alors que le tatouage ou le piercing relève de l'acte socio-culturel (Gicquel & Corcos, 2011). Pour Gicquel et Corcos (2011),

la peau est un moyen de se positionner face à l'autorité. Ces auteurs considèrent les tatouages et les piercings comme une forme de communication du positionnement social de l'adolescent. Ils soutiennent enfin que la différence entre un marquage cutané normal ou pathologique réside dans le sens associé au geste.

De plus, Pommereau (2006) relève que :

La plupart des adolescents en restent à envisager ou réaliser un marquage modéré, esthétique, réversible, inspirant davantage l'image d'un signe distinctif transitoire destiné à briller que celle d'une rature ou d'une blessure indélébile. Mais ceux chez qui les failles narcissiques et les souffrances identitaires sont à vif ont tendance à accumuler les marques et à leur donner une tout autre fonction. (p. 61)

Cette fonction peut être celle d'exprimer un mal-être profond, ou de se protéger. Pommereau (2006) parle de pratiques visant à repousser plutôt qu'à séduire l'autre.

Bien que le taux d'automutilation soit comparable entre hommes et femmes, les méthodes employées diffèrent en fonction du genre de l'adolescent. Si les garçons sont plus enclins à se frapper contre des surfaces dures, les filles préfèrent marquer leur peau en se scarifiant, se brûlant, ou en interférant avec la cicatrisation. (Gicquel & Corcos, 2011; Pommereau, 2006). Les automutilations peuvent contenir une notion de préméditation, lorsque par exemple l'adolescent amasse et cache des objets coupants en prévision d'un besoin ultérieur (Pommereau, 2006). D'ailleurs, Gicquel et Corcos (2011) classent les automutilations en deux sous-catégories : les automutilations compulsives et impulsives.

Les automutilations compulsives sont « souvent répétitives, ritualisées et surviennent plusieurs fois par jour » (Gicquel & Corcos, 2011, p. 88). Ainsi, la **trichotillomanie**, l'onychophagie (fait de se ronger les ongles), se pincer, s'écorcher et interférer avec la cicatrisation font partie des automutilations compulsives. Elles présentent souvent une dimension d'automatisme (Gicquel & Corcos, 2011).

Les automutilations impulsives peuvent être limitées dans le temps ou, a contrario, régulières et fréquentes. Elles se présentent sous la forme de coupures, brûlures, piqûres ou de coups. En général, leurs caractéristiques communes sont :

- [une] préoccupation quant à se blesser physiquement ;

- [un] échec récurrent de résister aux impulsions de se blesser physiquement aboutissant à des dommages corporels ;
- [une] sensation croissante de tension précédente au passage à l'acte ;
- [un] soulagement après être passé à l'acte ;
- [une] absence d'intention suicidaire et absence de liens avec la psychose, le transsexualisme, le retard mental ou un trouble du développement (Gicquel & Corcos, 2011, p. 92)

« La classification [des automutilations] actuellement la plus utilisée est celle de Favazza, qui regroupe les automutilations en trois grandes catégories phénoménologiques : majeures, stéréotypiques, superficielles ou modérées » (Gicquel & Corcos, 2011, p. 25). Le tableau ci-dessous expose cette classification :

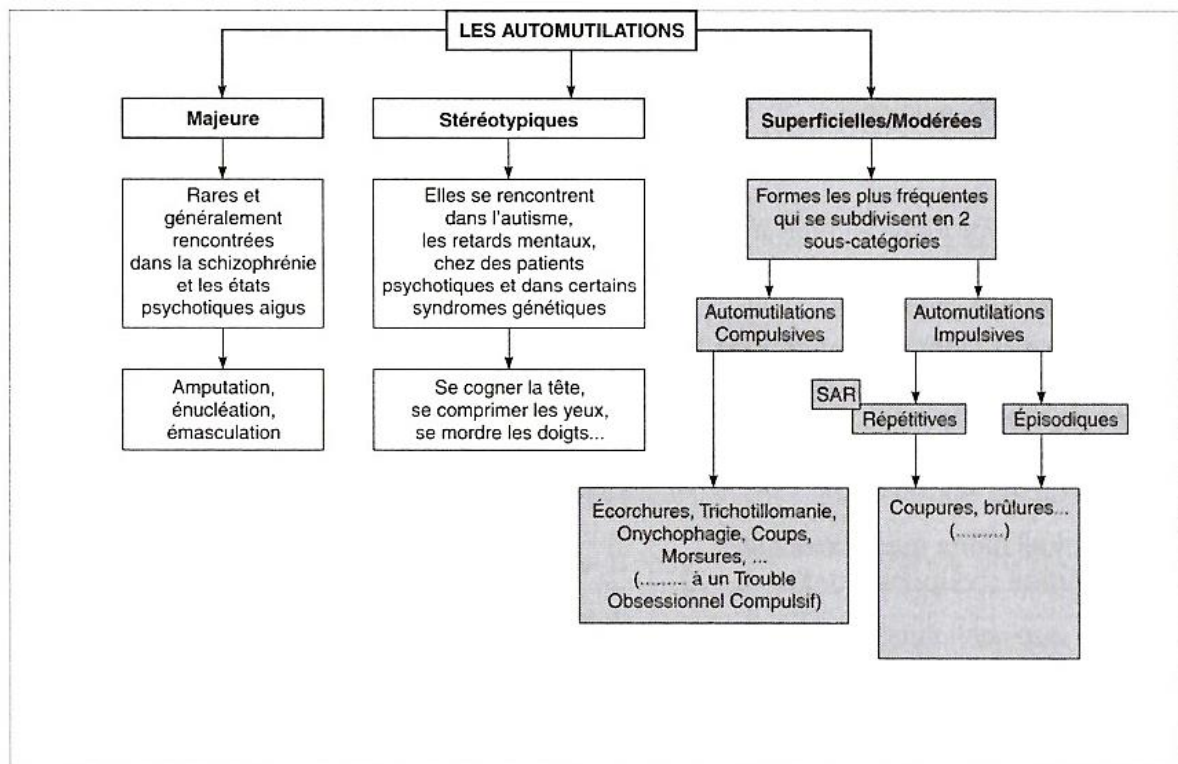


Figure 1 : Classification de Favazza (Gicquel & Corcos, 2011, p. 26)

Dans cette revue de littérature, seules les automutilations modérées impulsives sont abordées. Par conséquent, les psychoses et les retards mentaux ne seront pas développés dans le cadre théorique.

Selon Pommereau (2006), les automutilations peuvent présenter plusieurs signes de gravité :

L'expérience clinique indique que les scarifications, abrasions et brûlures doivent être considérées comme atypiques lorsqu'elles présentent les caractéristiques suivantes :

- survenue avant la puberté ou après 18 ans ;
- caractère durable et intensité croissante des attaques cutanées ;
- forme d'autoagression observée chez un garçon ;
- lésions affectant d'autres parties du corps que la main, les poignets ou l'avant-bras (face, cou, thorax, abdomen, cuisse, organes génitaux) ;
- incisions en lettres bâtons composant des mots morbides (par exemple : « mort », « no future ») ou des motifs elliptiques ;
- violence extrême des moyens employés allant jusqu'à associer de véritables automutilations ;
- contexte délirant.

(p. 64)

L'auteur parle « de véritables automutilations ». Il fait certainement allusion aux automutilations rencontrées dans certains cas de psychoses ou d'autisme pouvant être plus violentes (Gicquel & Corcos, 2011). Cependant, la majorité des automutilations rencontrées à l'adolescence sont superficielles à modérées.

En dehors des psychoses et retards mentaux, mentionnés plus haut, les automutilations peuvent être rattachées à des troubles psychiatriques, plus particulièrement les troubles du comportement alimentaire de type boulimique ou anorexique (Gicquel & Corcos, 2011; Pommereau, 2006) et le trouble de la personnalité borderline (Gicquel & Corcos, 2011).

4.2.1 Trouble de la personnalité borderline : définition

Le DSM-IV, Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, définit le trouble de la personnalité borderline comme « un mode général d'instabilité des relations personnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers » (American Psychiatric Association, 2005, p. 813). Au moins cinq des manifestations suivantes définissent un trouble de la personnalité borderline :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. (American Psychiatric Association, 2005, pp. 817-818)

Trouble de la personnalité borderline à l'adolescence

Les adolescents ont par définition un comportement pouvant rappeler des troubles de la personnalité borderline (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014). En effet, les adolescents sont sensibles : ils redoutent l'abandon et font preuve d'impulsivité. Ils ont un comportement proche de la typologie borderline, ce que les auteurs appellent « une présentation simil-borderline » (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014). D'autre part, « certains auteurs ont même considéré que la symptomatologie borderline observée à l'adolescence n'était en réalité qu'une forme plus sévère de l'expression développementale normale de l'adolescent » (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014, p. 2).

Quoiqu'il en soit, il a été vérifié qu'un diagnostic de trouble de la personnalité chez l'adolescent engendrait une souffrance personnelle importante et des difficultés dans le fonctionnement social (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014).

Le DSM-IV admet que l'on peut poser le diagnostic de trouble de la personnalité borderline chez l'adolescent s'il persiste et s'il est envahissant. De plus, de nombreuses études ont montré que l'établissement d'un diagnostic de

trouble de la personnalité borderline à l'adolescence était fiable (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014). La prévalence est très proche chez les adolescents et les adultes, soit 2% de la population générale (American Psychiatric Association, 2005)

4.2.2 Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire regroupent plusieurs pathologies. L'anorexie mentale et la boulimie sont les plus fréquentes (American Psychiatric Association, 2005), c'est pourquoi elles seront abordées dans ce travail, en lien avec les automutilations.

Boulimie

« La Boulimie (Bulimia nervosa) se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie, suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif » (American Psychiatric Association, 2005, p. 675). Deux types de boulimies sont définis, soit le type avec vomissements ou prise de purgatifs, soit le type sans vomissements ni prise de purgatifs.

Un quart des personnes touchées par la boulimie souffrent de comportements auto-agressifs. L'automutilation la plus fréquente chez les personnes boulimiques est le fait de se piquer et de s'écorcher la peau, notamment les jambes. Les individus souffrant de boulimie avec vomissements et ceux présentant un indice de masse corporelle plus élevé seraient plus sujets aux automutilations. Par ailleurs, les vomissements provoqués et la prise abusive de laxatifs sont considérés comme des formes d'automutilation respectivement compulsive et impulsive. (Gicquel & Corcos, 2011)

Anorexie mentale

« L'Anorexie mentale (Anorexia nervosa) se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale » (American Psychiatric Association, 2005, p. 675). Elle peut se présenter sous deux formes, soit la forme restrictive, qui n'engendre pas de crises de boulimie, soit la forme avec crises de boulimie, incluant ou non des vomissements ou une prise de purgatifs.

Les données concernant les automutilations dans l'anorexie sont faibles. Cependant, il a été constaté que les personnes anorexiques avaient autant recours à des automutilations que les personnes boulimiques. Les

automutilations dans l'anorexie mentale, plus particulièrement les coupures ou brûlures, sont plus fréquentes dans le type avec crises de boulimie. Concernant les autres types d'automutilation, aucune différence significative n'a été relevée. (Gicquel & Corcos, 2011)

4.3 Thérapie systémique

La famille a généralement besoin de soutien par des professionnels lorsqu'elle se trouve face à un problème de santé important (Duhamel, et al., 1995). L'approche systémique tend à apporter ce soutien à la famille, en considérant le patient comme « une extension de la famille » (Duhamel, et al., 1995, p. 18).

« Les tâches de la famille vis-à-vis d'une problématique de santé sont nombreuses et peuvent devenir une source de stress » (Duhamel, et al., 1995, p. 17). Ces tâches peuvent être :

la prévention et la prise en charge des symptômes, la fidélité au traitement, la modification des habitudes et des rôles familiaux, l'adaptation aux différentes pertes dues à la maladie (par exemple, la perte de l'autonomie et la perte de l'emploi), la prévention et l'adaptation en relation avec l'isolement social et le maintien de l'espoir face à l'évolution imprévisible de la maladie ou à son issue fatale. (Duhamel, et al., 1995, p. 17)

L'approche systémique repose, selon Duhamel (1995), sur quatre concepts infirmiers, soit l'individu, la famille, la santé familiale et l'intervention infirmière, et, sur deux concepts inhérents à l'approche systémique, soit la formation d'hypothèses et la circularité. De plus, l'approche systémique repose sur un principe de neutralité.

4.3.1 Concepts infirmiers

L'individu

L'individu est défini comme «un être bio-psycho-socio-spirituel perçu comme un tout plus grand que la somme de ses parties » (Duhamel, et al., 1995, p. 25). L'être humain est considéré comme un système vivant et est par définition déterminé par sa structure biopsychologique. Les changements dans un système vivant sont conditionnés soit par sa dynamique propre, soit par l'influence de l'environnement. L'individu perçoit les résultats de ces changements et les interprète en réalité. « La réalité d'une personne est une reformulation de son expérience. Conséquemment, il n'y a pas de « réalité objective », mais seulement une objectivité entre parenthèses » (Duhamel, et

al., 1995, p. 25). Un conflit est présent au moment où des individus sont convaincus que leur réalité est objective et veulent en convaincre l'autre. Un individu imposant sa réalité à un autre engendre des émotions négatives chez ce dernier. Si l'individu nie sa réalité, il ressent de la frustration, ou un sentiment de rejet conduisant à des problèmes de santé ou à des troubles du comportement. A contrario, les individus étant conscients d'une réalité objective entre parenthèse uniquement ressentent plus d'émotions positives.

La famille

La famille peut se définir comme « un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et par un sentiment d'appartenance au groupe et qui s'identifient comme membres de la famille » (Duhamel, et al., 1995, p. 26). Chaque individu membre de la famille a des croyances, regroupées en un système.

La santé familiale

La santé de la famille découle du jugement d'un observateur. Elle comprend l'efficacité de l'adaptation de la famille aux changements et la manière dont celle-ci respecte la réalité de chaque individu. La famille apporte ainsi du soutien, physique ou émotionnel à ses membres. (Duhamel, et al., 1995)

L'intervention infirmière

L'infirmière devrait se positionner face au changement comme la créatrice d'un contexte, en invitant les individus à la réflexion, sans imposer sa propre réalité, afin de laisser la famille trouver elle-même les solutions. Cette manière de faire favorisera l'autonomie et accroîtra la confiance de la famille dans sa capacité à résoudre des problèmes. (Duhamel, et al., 1995)

4.3.2 Concepts de l'approche systémique

Formulation d'hypothèses

L'hypothèse se définit comme « une supposition qu'on accepte afin d'amorcer et de guider une investigation » (Duhamel, et al., 1995, p. 28) Une hypothèse peut être acceptée ou non, ce qui implique qu'elle ne cherche pas à donner une représentation objective de la dynamique familiale, mais plutôt une expression de l'analyse de cette dynamique. Les hypothèses se fondent sur le vécu du soignant, c'est-à-dire son expérience et sa connaissance, les informations recueillies lors des entretiens avec la famille et les autres professionnels prodiguant des soins à la famille. Les hypothèses peuvent

souligner des ressources de la famille comme des explications sur une situation. Il est intéressant d'intégrer la famille à la formulation des hypothèses afin que celles proposées soient utiles à la famille. (Duhamel, et al., 1995)

L'approche systémique ne recherche pas à définir pourquoi un problème est survenu, mais plutôt à mettre en évidence ce qui le maintient. Il est important de noter également que les hypothèses doivent rester souples et évoluer en parallèle à la famille et aux connaissances de l'infirmière. La formulation d'hypothèses doit impérativement s'appuyer sur les deux principes suivants : la circularité et la neutralité (Duhamel, et al., 1995).

Circularité

Le principe de circularité stipule que l'infirmière menant un entretien d'approche systémique pose des questions aux membres de la famille sur leurs relations familiales. La circularité permet de donner des réponses qui guideront elles-mêmes l'entretien :

Par exemple, à la suite d'une question de l'infirmière, une mère admet que les soins apportés à son enfant atteint de fibrose kystique sont devenus trop exigeants pour elle. Le père ... réagit en minimisant le fardeau que les soins donnés à l'enfant peuvent constituer pour la mère. ... La mère réagit alors en exprimant de la colère, blâmant son mari de ne pas contribuer suffisamment aux soins donnés à l'enfant. L'interaction des parents informe l'infirmière sur leur relation et guide ses questions et ses hypothèses sur le fonctionnement de la famille. L'information circule ainsi entre l'infirmières et les différents membres de la famille, chacun influençant les autres. (Duhamel, et al., 1995, p. 31)

Les hypothèses formulées par l'infirmière dans un contexte de circularité reposent, d'une part, sur les liens entre comportements, croyances et sentiments et d'autre part, sur la problématique présentée. Pour cela, l'infirmière utilise des questions systémiques. Ces questions regroupent des questions sur « les différences, sur les réactions à des comportements, des questions dyadiques et triadiques, des questions hypothétiques et des questions axées sur le futur » (Duhamel, et al., 1995, p. 33).

Les questions dyadiques permettent à un membre de la famille d'émettre un commentaire sur l'expérience d'un autre membre, en sa présence ou non,

alors que les questions triadiques permettent à un membre de la famille d'émettre un commentaire sur les interactions de deux autres membres, en leur présence ou non (Duhamel, et al., 1995). Pour illustrer la différence entre ces types de questions, voici deux exemples :

1. « Que répondrait votre père si je lui demandais ce qui lui paraît le plus frustrant dans son expérience de la maladie ? » (Duhamel, et al., 1995, p. 35), est une question dyadique, alors que
2. « Si je demandais à votre mère ce qu'elle pense de la réaction de votre père vis-à-vis de la maladie de son fils, que répondrait-elle ? » (Duhamel, et al., 1995, p. 35), est une question triadique.

Neutralité

On attend de l'infirmière qu'elle fasse preuve de respect, d'impartialité et de curiosité au sein du système dans lequel elle travaille. Les membres du système devraient pouvoir tous affirmer que l'infirmière n'a pris le parti d'aucun membre. Celle-ci doit non-seulement faire preuve de neutralité envers la réalité de chaque membre du système, mais doit également rester impartiale quant au changement initié par la famille. (Duhamel, et al., 1995)

Pour conclure, les auteurs (Duhamel, et al., 1995) nous disent que « les trois principes de l'approche systémique, soit la formulation d'hypothèses, la circularité et la neutralité, sont essentiels aux conversations thérapeutiques entre l'infirmière et la famille » (p. 38).

5. Méthode

5.1 Devis

Le **devis de recherche** sélectionné pour ce travail est une revue de littérature étoffée. La revue de littérature apporte la possibilité de « mettre en œuvre une pratique fondée sur des résultats probants » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 138).

La revue de littérature présente des objectifs variés :

- Mieux connaître un sujet donné.
- Evaluer les pratiques en vigueur et recommander les changements.
- Mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique.
- Elaborer ou réviser les programmes de formation en sciences infirmières.

- Rédiger des politiques de soins et des lignes directrices touchant la pratique.
(Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 139)

La recherche se base sur cinq **études qualitatives**, une **étude mixte** et une **étude quantitative**. Les études qualitatives sont de **paradigme naturaliste**. L'étude quantitative et l'étude mixte sont de paradigmes respectivement **positiviste** et postpositiviste.

5.2 Collecte des données

Les recherches ont été effectuées d'avril 2014 à janvier 2015 sur différentes bases de données. Premièrement, une recension de termes MeSH a été nécessaire.

Descripteur français	Termes américains
Automutilation	Self Mutilation
Comportements d'auto agression	Self-Injurious Behavior
Parents	Parents, Parenthood Statut
Adolescent	Adolescent, Adolescence, Teens

Afin d'élargir les recherches, d'autres mots que les termes proposé par MeSH ont été utilisés, tels que : adolescent behavior, parenting, self-injury, self-harm, deliberate self-harm, non-suicidal self-injury (NSSI), systemic model, systemic family therapy.

Base de données	Mots-clefs et opérateurs booléens	Nombre d'articles	Articles retenus
CINHAL	Self-injury OR self-harm OR self-mutilation OR NSSI AND adolescents AND parents	62	Helping adolescents who self-mutilate: Parental descriptions Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents

			Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions.
CINHAL	Self-injury OR self-harm OR self-mutilation OR NSSI AND adolescent AND parents AND nurse AND care	1	Aucun
CINHAL	Self-injury AND nursing role	5	Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses.
Health Source: Nursing/Academic Edition	Self-injury OR NSSI AND adolescents AND parents	6	Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?. Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers.

5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion à la base de la recherche des études étaient que ces dernières soient de nature primaire, disciplinaires, c'est-à-dire que leurs auteurs soient majoritairement infirmiers, et récentes. Pour ce dernier point, les études sélectionnées auraient dû être datées de 2009 ou d'une année ultérieure. Cependant, deux études légèrement plus anciennes (datées de 2008) étaient pertinentes et ont été retenues pour cette revue de littérature.

Au niveau de leur contenu, les études devaient traiter de l'automutilation chez les adolescents, plus particulièrement des comportements non-suicidaires. Une étude abordant les comportements suicidaires et l'automutilation a été retenue car ses résultats sont transférables aux comportements automutilateurs uniquement. Les études devaient

également s'intéresser aux parents des adolescents ou à la perception que l'infirmière a de la famille.

Certaines études n'ont pas été retenues car elles étaient axées uniquement sur des automutilations conséquentes à une pathologie, notamment le diabète. Les études s'intéressant aux comportements de personnes vivant hors de l'Europe ont été écartées également, afin d'assurer une transférabilité au contexte suisse.

Pyramide des preuves

Le niveau de preuve scientifique attribué à chaque étude se base sur le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000), plus spécifiquement sur le tableau suivant :

Niveau de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations
(adapté du score de Sackett)

Niveau de preuve scientifique de la littérature	Force des recommandations
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de grande puissance (risques alpha et bêta faibles) - Méta-analyses	Grade A
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés peu puissants (risques alpha et bêta élevés)	Grade B
Niveau 3 - Essais comparatifs contemporains non randomisés - Etudes de cohorte Niveau 4 - Essais comparatifs avec série historique Niveau 5 - Séries de cas	Grade C

Figure 2 : Niveau de preuve scientifique de la littérature et force des recommandations (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000, p. 57)

En annexe se trouve un tableau récapitulatif des études sélectionnées, qui indique les auteurs de l'étude, son titre, son année de publication, la base de données sur laquelle l'étude a été trouvée ainsi que son niveau de preuve.

Considérations éthiques

Toutes les études choisies, à l'exception d'une seule, mentionnent les aspects éthiques de leur recherche. Quatre études indiquent avoir averti les participants de leur but. Six études mentionnent qu'elles ont été approuvées par un comité éthique et que leurs participants ont tous signé un consentement

éclairé. Deux études ont fait en sorte que la chercheuse menant les entretiens soit apte à prendre en charge les participants lors de moments émotionnellement forts. Cependant, seule une étude sur les sept retenues précise qu'elle respecte l'anonymat.

Concernant l'aspect éthique de cette revue de littérature, il n'y est plagé aucun auteur, et aucune référence non officiellement publiée n'y est mentionnée.

6. Résultats

6.1 Description de l'Etude 1 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2011). Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions.

Cette étude qualitative propose un **devis descriptif phénoménologique**, s'inscrivant dans un **paradigme naturaliste**. Elle se base sur un **échantillon** de 10 infirmières diplômées ayant de l'expérience dans les soins aux adolescents souffrant d'automutilations. Cette recherche a pour but de décrire l'automutilation des adolescents finlandais du point de vue des infirmières et d'explorer l'automutilation des adolescents comme un phénomène. Les collectes de données, effectuées par **triangulation des méthodes**, ont été récoltées par le biais de groupes de discussion (n=5), d'entretien individuels (n=2) et de réponse par courriel ou par lettre (n=3). Tous les entretiens ont été enregistrés (excepté un) puis retranscrits en verbatim par le chercheur principal. L'entretien non-enregistré a été directement retranscrit par écrit lors de son déroulement. Les données ont été encodées en catégories et sous-catégories, nommées selon leur contenu. Le processus a été approfondi autant que possible.

Les résultats de cette étude ont été classés en quatre catégories par les chercheurs, soit :

Définition	Caractéristiques	Facteurs	Buts
<ul style="list-style-type: none"> • tout type d'acte destructeur envers sa propre peau, y compris les 	<ul style="list-style-type: none"> • indépendant du fait de vouloir se prendre la vie • associé souvent au sexe féminin • phénomène de mode ou au contraire non • recherche d'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes émotionnels et sociaux • famille, école 	<ul style="list-style-type: none"> • aide de l'adolescent lui-même • recherche d'expérience • appel au secours

tatouages et les piercings	<ul style="list-style-type: none"> • pas honteux, contagieux, compulsif • tabou • tendant à se normaliser, culture des jeunes. • privée ou publique 		<ul style="list-style-type: none"> • vengeance par le sang
----------------------------	---	--	---

6.1.1 Validité méthodologique

Cette étude a un devis qualitatif, plus spécifiquement **transversal**. Les auteurs ne mentionnent aucune tradition de recherche, mais le but de l'étude et le devis de celle-ci se dirigent vers une **tradition phénoménologique descriptive**. L'**échantillonnage accidentel** est la méthode utilisée pour cette recherche. L'échantillon est de petite taille (n=10). Les auteurs le justifient par le fait qu'il peut être difficile pour les infirmières d'aborder ce sujet. Toutefois, la **saturation des données** ne dépend pas de la taille de l'échantillon mais de sa qualité et de son apport d'informations (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). En phénoménologie, les échantillons sont plus souvent de très petite taille, mais diversifiés. Or, dans cette étude, les infirmières participantes proviennent de plusieurs hôpitaux de Finlande.

Crédibilité

Les auteurs mentionnent être arrivés au seuil de saturations des données. Un engagement prolongé est précisé, en indiquant que le chercheur principal a approfondi le processus d'analyse des données autant que possible. Les auteurs ont également eu recours à une **observation constante**. Une triangulation des méthodes a été effectuée. Ces faits augmentent de manière non-négligeable la **crédibilité** de l'étude.

Concernant la **fiabilité** et la **confirmabilité** de cette recherche, les informations sont manquantes. La **transférabilité** de l'étude est limitée par la petitesse de son échantillon, mais il n'y a pas de déficit majeur de données dans la section résultats, ce qui laisse supposer que le transfert est envisageable.

6.2 Description de l'Etude 2 : Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2012). Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses.

Cette étude qualitative propose un devis descriptif phénoménologique, s'inscrivant dans un paradigme naturaliste. L'échantillon se compose de 9 infirmières diplômées

ayant de l'expérience dans les soins aux adolescents souffrant d'automutilations. L'étude a pour but de décrire les conceptions et l'expérience des infirmières finlandaises en rapport avec l'aide aux adolescents qui s'automutilent. Les données ont été recueillies en entretiens de groupe, en entretiens individuels et par réponses écrites. Les données ont ensuite été analysées par un raisonnement inductif. Elles ont été retranscrites, encodées et classées dans des catégories nommées selon leur contenu. Les chercheurs se sont rencontrés plusieurs fois pour parler du processus d'analyse et des catégories émergentes, en effectuant les changements nécessaires. Le processus a été approfondi autant que possible.

Les résultats de cette étude sont classés en six catégories par les chercheurs, soit :

- Facteurs contribuant à l'incapacité des parents à être aidant
- Personnel scolaire comme aidant : promotion de la santé du développement des adolescents
- Buts des soins
- Soins holistiques
- Facteurs de la discussion thérapeutique
- Soins holistiques : actions concrètes

Les personnes considérées comme des aidants dans cette étude sont les parents, tous les professionnels de l'école (et pas seulement les enseignants), les pairs de l'adolescent et les infirmières. Les participantes insistent sur le respect et la confiance dans la relation avec l'adolescent et sur les difficultés des parents à être aidant.

6.2.1 Validité méthodologique

Cette étude, comme l'étude précédente, est transversale et propose un devis qualitatif d'inspiration phénoménologique descriptive non-mentionnée par les chercheurs. L'échantillon de petite taille ($n=9$), le but de l'étude et son devis font déduire une tradition phénoménologique. L'échantillonnage a été effectué de manière accidentelle et a rendu un échantillon de taille modeste. Les auteurs, cette fois n'attribuent pas de cause à la petite taille de l'échantillon. Pourtant, comme mentionné pour l'étude précédente, la taille de l'échantillon n'influence pas la qualité des données dans une recherche de type qualitatif, notamment phénoménologique. L'échantillon est diversifié : ses participantes ne travaillent pas toutes dans le même hôpital de Finlande. Le seuil de saturation de données n'est pas mentionné, mais l'étude ne comporte pas de grosses lacunes en ce qui concerne ses données.

Crédibilité

Une analyse des données par triangulation des méthodes et des chercheurs a été effectuée dans cette étude. Le chercheur principal a envoyé les données et son analyse à deux autres chercheurs pour que ceux-ci les lisent et les modifient au besoin. Une observation constante est mentionnée par les chercheurs. La crédibilité de cette étude est augmentée par ces démarches. De plus, les auteurs indiquent être arrivés à un point de saturation des données.

Concernant la fiabilité, aucune information n'est mentionnée. La confirmabilité est augmentée par une **piste de vérification** mise au point par le chercheur principal. Les résultats sont clairs et détaillés, leur contexte également, ce qui assure une bonne transférabilité des données.

6.3 Description de l'Etude 3 : Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents

Cette étude qualitative propose un devis descriptif phénoménologique, s'inscrivant dans un paradigme naturaliste. L'étude vise à décrire l'automutilation du point de vue de parents d'adolescents finlandais s'automutilant et à donner une compréhension globale de l'automutilation dans les termes de tous les jours des parents. L'échantillon se compose de 4 parents (3 mères, 1 père) d'adolescents, uniquement de sexe féminin, s'automutilant. Les données ont été récoltées lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Les données recueillies ont été analysées de manière inductive, encodées et classées en catégories. Le processus a été approfondi autant que possible.

Les résultats ont été classés en quatre catégories, soit :

Phénomène	Facteurs	Objectifs	Conséquences
<ul style="list-style-type: none"> • moyen de ventiler pour l'adolescent • signe de trouble mais pas de maladie • se manifeste par une ou plusieurs plaies sanglantes infligées par un objet tranchant 	<ul style="list-style-type: none"> • en relation avec l'adolescent (puberté, changements internes) • en relation avec la famille (la mère notamment) 	<ul style="list-style-type: none"> • reliés à l'adolescent (s'aider lui-même) • reliés aux autres (être protecteur, appel au secours) 	<ul style="list-style-type: none"> • pour l'adolescent • pour le parent

6.3.1 Validité méthodologique

L'étude, comme les précédentes, utilise un devis qualitatif transversal, de tradition phénoménologique descriptive. L'échantillonnage choisi est un **échantillonnage cumulatif**. L'échantillonnage cumulatif possède un inconvénient majeur : il peut donner lieu à des échantillons de petite taille. D'ailleurs, dans le cas de cette étude, l'échantillon se compose de 4 participants. Malgré cela, l'échantillon est diversifié. Il propose des sujets de statuts sociaux et professionnels différents. A contrario, les sujets ont tous une fille ; il aurait été intéressant d'avoir l'avis d'un parent de garçon. Il n'y a pas de lacune majeure dans les résultats.

Crédibilité

Les chercheurs n'ont pas recours à la triangulation. Cependant, ils mentionnent l'utilisation d'une observation constante et ont atteint un point de saturation des données.

Le fait que les participants soient uniquement parents d'adolescentes minore la transférabilité de cette étude. La validité méthodologique de cette étude est par conséquent relativement faible. Toutefois, les résultats sont intéressants pour les professionnels de la santé, ce qui sera développé dans les points suivants.

6.4 Description de l'Etude 4 : Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions

Cette étude qualitative propose un devis descriptif phénoménologique, s'inscrivant dans un paradigme naturaliste. L'étude vise à décrire l'aide que l'on peut apporter aux adolescents s'automutilant du point de vue de parents d'adolescents finlandais qui s'automutilent. L'échantillon se compose de 4 parents d'adolescents, uniquement de sexe féminin, s'automutilant (3 mères, 1 père). Les données ont été récoltées lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Les données recueillies ont été analysées de manière inductive, encodées et classées en catégories. Le processus a été approfondi autant que possible.

Les résultats ont été classés en trois catégories, soit :

Description de l'adolescent s'automutilant	Moyens d'aider l'adolescent	Moyens d'aider les parents et la famille
--	-----------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • Soucieux • Conscientieux • Prend soin des autres • Estime de soi basse • Très sensible • Seul • Honteux 	<ul style="list-style-type: none"> • S'aide par lui-même (écrire ses idées noires par exemple) • Relation humaine sûre et de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs aidants (information par exemple) • Facteurs non-aidants (absence d'encouragement aux parents par les infirmières)
---	--	--

6.4.1 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est également transversal, d'inspiration phénoménologique descriptive. L'échantillonnage a été effectué de la même manière que dans l'étude précédente, soit par échantillonnage cumulatif. L'échantillon est de petite taille, soit 4 participants, mais relativement diversifié, étant donné que les parents sont de sexes, de statut matrimonial et d'activités professionnelles différents. Cependant, les enfants des participants sont toutes des filles. Les chercheurs ne précisent pas être arrivés à un seuil de saturation, mais les résultats ne présentent pas de lacunes majeures.

Crédibilité

La crédibilité de cette étude est amoindrie par l'absence de triangulation. Le chercheur principal a tout de même recouru à une observation constante et est arrivé à un seuil de saturation des données.

L'analyse de cette étude est similaire à celle de l'étude décrite précédemment : elle laisse apparaître une crédibilité relativement faible.

Toutefois, cette étude est intéressante de par ses résultats.

6.5 Description de l'Etude 5 : Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., & ... Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?

Cette étude quantitative propose un **devis non-expérimental**, s'inscrivant dans un **paradigme postpositiviste**. L'échantillon se compose de 1439 adolescents âgés de 12 ans et de leurs parents. La recherche tend à éclaircir quels facteurs familiaux et parentaux sont associés aux automutilations, en se basant sur les comptes rendus de parents et d'adolescents. Les données ont été collectées, chez les adolescents, par un questionnaire

sur l'automutilation, le Parental Behavior Scale et le Psychological Control Scale, et chez les parents par le Parental Behavior Scale, le Psychological Control Scale, le NVOS, un questionnaire sur le statut socio-économique et une liste de 19 événements de vie importants. La distribution des variables a été contrôlée. Le coefficient alpha de Cronbach, le test de **Khi carré** et trois tests séparés (MANOVA) ont été appliqués.

Les résultats de l'étude montrent que les adolescents s'automutilant ont rapporté un taux de contrôle psychologique et comportemental plus important de la part des parents. Les parents ne présentent pas de différence entre les deux groupes (adolescents automutilateurs ou non). Peu de différences sont constatées au niveau du stress parental, de la structure familiale et des événements de vie stressants. Cependant, le statut socioéconomique joue un rôle dans les comportements automutilateurs : il est, en effet, moins élevé dans le groupe d'adolescents s'automutilant.

6.5.1 Validité méthodologique

L'étude s'appuie sur un devis non-expérimental, plus précisément transversal et **rétrospectif** de **milieu naturel**. Cette recherche est **corrélationnelle**, ce qui est pertinent, car les chercheurs n'ont pas de certitudes concernant une relation de cause à effet entre la **variable indépendante** (les facteurs familiaux) et la **variable dépendante** (les comportements automutilateurs). Comme ils supposent une relation entre les deux variables, ils cherchent à démontrer l'existence d'une relation entre la variable indépendante et la variable dépendante.

Validité interne

La recherche non-expérimentale comporte un risque de biais d'**autosélection** et la répartition aléatoire n'a pas été utilisée dans cette étude. Afin de contrôler les **variables parasites** de l'échantillon, trois tests **MANOVA** ont été effectués, ce qui augmente considérablement la **validité interne**. De plus, l'étude, ne mentionne aucune **mortalité** échantillonnale.

Validité externe

L'échantillon de cette étude est un échantillon de grande taille. Cependant, seules 14, 59% des personnes ayant été invitées à participer à l'étude ont retourné leur questionnaire. On peut considérer ici une **distorsion liée au défaut de la réponse**. Or, le pourcentage d'adolescents ayant recours à des comportements automutilateurs dans cette étude est de 4%. Les auteurs le comparent à d'autres écrits, citant une prévalence proche de celle-ci, notamment pour les 10-12 ans. De plus, les auteurs mentionnent ces faits de

manière claire et les caractéristiques de l'échantillon sont, elles aussi, énoncées clairement.

6.6 Description de l'Etude 6 : Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., & ... Guerin, S. (2008). Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers

Cette étude qualitative propose un devis phénoménologique, s'inscrivant dans un paradigme naturaliste. L'échantillon se compose de 25 participants, soit 15 parents et 10 soignants d'adolescents ayant séjourné dans un service d'urgence pour des comportements suicidaires ou des automutilations sur une période de 3 ans. L'étude tend à décrire les expériences des parents ou des soignants par rapport à l'automutilation chez leurs enfants dans le but d'identifier le soutien dont ils ont besoin. Les données ont été récoltées au sein de groupe de discussion de 5 personnes et à l'aide d'une grille traitant de leurs impressions au sujet de la discussion. Les données ont été retranscrites, complétées par les prises de notes des professionnels puis encodées.

Plusieurs thèmes se sont démarqués et les résultats y ont été inscrits. On y trouve :

1. Le soutien (le besoin de soutien est présent, mais un manque est constaté. Le soutien par les pairs est relevé comme extrêmement important.)
2. L'expression des émotions
3. Le fait d'être parent (« parenting »)
4. La famille
5. L'information et l'éducation (les parents sont intéressés par la santé mentale des jeunes)
6. La gestion des épisodes d'automutilation

6.6.1 Validité méthodologique

Cette étude propose un devis qualitatif transversal de tradition de recherche non-définie ni mentionnée. Le processus d'échantillonnage est cumulatif et accidentel. L'échantillon en résultant est diversifié, car il possède 40% de soignants contre 60% de parents et est relativement grand pour une étude phénoménologique (n=25). L'étude ne comporte pas de lacunes en ce qui concerne ses données et les chercheurs mentionnent que les thèmes abordés dans les résultats sont exhaustifs.

Crédibilité

Les chercheurs ont eu recours à plusieurs types de triangulation, soit la triangulation des méthodes, des chercheurs et des sources de données, ce qui renforce considérablement la crédibilité de l'étude. De plus, les chercheurs ont fait appel à un sténographe professionnel afin de retranscrire les contenus de la discussion en verbatim. Les chercheurs mentionnent également des thèmes exhaustifs dans l'analyse des données, ce qui permet de déduire que la saturation des données a été atteinte.

Les chercheurs augmentent la fiabilité de l'étude en ayant recours à une **reproduction progressive**. La transférabilité de cette étude est limitée par le fait que les parents participants soient tous des parents d'adolescents hospitalisés.

6.7 Description de l'Etude 7 : Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours

Cette étude mixte propose un devis principalement quantitatif, s'inscrivant majoritairement dans un paradigme positiviste. L'échantillon se compose de 267 étudiants entre 16 et 19 ans, vivant et étudiant à Parme. Le but de l'étude est d'examiner si les facteurs psychologiques comme les traits de personnalité, les relations familiales et les épisodes de maltraitance sont associés de manière différente à la présence et à la sévérité des automutilations sur un échantillon non clinique d'adolescents italiens. Les données ont été collectées par le « Self-Injury Questionnaire », le « Youth Questionnaire », le « Boricua Childs Interview », soit des questionnaires adaptés à l'étude et des entretiens individuels. Le test de Khi carré et **l'analyse de régression logistique** ont été utilisés dans le but d'analyser les données.

Concernant les résultats, l'étude n'a pas montré de différence entre les filles et les garçons concernant la présence ou la sévérité des comportements. Un haut niveau d'impulsivité et d'agression interpersonnelle est associé à la présence du comportement alors qu'un haut niveau d'agression interpersonnelle et d'anxiété ainsi qu'un bas niveau d'impulsivité sont associés à la sévérité du comportement. Par ailleurs, une relation inadéquate avec la mère influe la présence et la sévérité du comportement, alors que la relation avec le père affecte uniquement la sévérité du symptôme. La maltraitance est associée à sa présence et à sa fréquence. La violence physique et les abus sexuels sont associés à la présence des automutilations, et la négligence à leur sévérité.

6.7.1 Validité méthodologique

Cette étude mixte proposant un devis majoritairement quantitatif sera analysée dans cette section comme une étude de ce type. Elle s'inscrit dans un paradigme positiviste, non-expérimental et transversal. Elle est corrélationnelle et tend à,, montrer si la relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante existe réellement, et si oui, comment les variables indépendantes agissent sur la variable dépendante.

Validité interne

L'échantillonnage est accidentel et comporte donc un risque de **biais d'autosélection**. L'étude ne mentionne pas l'utilisation d'un logiciel d'analyse de la covariance ou d'analyse multivariée de la variance pour contrebalancer ce risque de biais. La validité des conclusions statistiques est augmentée par le test de Khi carré et la régression logistique, utilisés par les chercheurs, qui diminuent les risques d'hypothèses parasites. Les auteurs ne mentionnent pas de mortalité échantillonnale. Cependant, les **valeurs p** ne sont pas toutes inférieures à 0,05. Les auteurs en tiennent compte dans les résultats et pondèrent leurs propos.

Validité externe

La validité externe de cette étude est augmentée par la taille conséquente de l'échantillon (n=267) et son hétérogénéité. En effet, l'échantillon inclut 70,4 % de femmes contre 26,4% d'hommes. De plus, les résultats de cette étude sont très détaillés et clairement exposés. Les valeurs p ne sont pas toutes inférieures à 0,05, mais les chercheurs prennent en compte cette donnée dans la présentation de leurs résultats et leur discussion.

6.8 Synthèse des principaux résultats

La perception de l'automutilation par les infirmières

Les infirmières considèrent que les automutilations chez les adolescents sont un phénomène vécu comme non honteux, qui est contagieux, compulsif et tabou. Elles le perçoivent comme aidant pour l'adolescent, par exemple pour gérer ses tensions, ou comme un appel au secours ou une recherche d'attention. Elles le présentent aussi comme faisant partie de la culture des jeunes. Pour elles, l'automutilation n'a pas pour but d'attenter à la vie et est donc distinct du suicide.

L'infirmière dans l'accompagnement des parents

Les parents attendent des infirmières qu'elles soient authentiques, sensibles, compétentes du point de vue professionnel, qu'elles se montrent dignes de confiance et ne jugent ou n'accusent pas. Les infirmières devraient avoir une grande capacité d'écoute et de soutien, notamment envers la famille. Selon les parents, les infirmières préfèrent parler d'autre chose que de l'automutilation avec les adolescents, et ils considèrent que se faire porter responsables des automutilations de leurs enfants ne les aide pas, ni eux ni leurs enfants. Les parents placent l'infirmière scolaire comme une ressource importante et plus disponible pour parler des automutilations.

La perception de l'automutilation par les parents

Les parents considèrent que l'automutilation a lieu lorsque l'adolescent veut ventiler quelque chose, comme une émotion forte. Ce phénomène est pour eux un signe de troubles, mais non de maladie et se manifeste par des plaies sanglantes, effectuées avec un objet tranchant, pouvant s'observer à différents degrés. L'automutilation est perçue comme relative aux émotions négatives, typique des adolescents, difficile à percevoir, contagieuse et compulsive. Elle est peu discutée, mais les parents souhaiteraient en parler plus car ils estiment qu'il s'agit d'un acte considéré comme familier pour certains et comme mal connu pour les autres.

Les parents en tant qu'aidants

Du point de vue des infirmières, les parents devraient être en position d'aidants, mais ne le peuvent souvent pas, notamment lorsqu'ils ont eux-mêmes des problèmes. Pour être aidants, ils doivent avoir une relation de confiance avec l'adolescent. Les infirmières relèvent également l'importance du respect des parents envers l'adolescent afin de pouvoir l'aider.

De leur côté, les parents considèrent qu'ils sont les principaux aidants et qu'ils ont besoin des soignants pour l'être pleinement. Ils déplorent le manque de connaissances qu'ils ont au sujet des automutilations. D'après eux, s'ils avaient des informations à ce sujet, ils seraient plus à même de repérer le problème. Les parents voient leurs capacités d'aidant entravées par le manque de temps, le manque d'informations, le rejet de l'adolescent et, parfois, leur incapacité à aider. Ils se sentent souvent coupables, notamment de ne pas avoir décelé le problème assez rapidement. Ils jugent également difficile d'aider leur

adolescent car leur relation avec lui est altérée lorsqu'il existe des automutilations.

L'influence des parents sur les adolescents

Les adolescents s'automutilant rapportent un taux plus important de contrôle psychologique et comportemental par leurs parents que ceux ne s'automutilant pas, alors que les facteurs familiaux (par exemple le statut socioéconomique) n'influencent pas significativement les comportements automutilateurs. Les relations familiales, notamment avec les parents, ont un effet sur les automutilations, que ce soit sur leur présence, sur leur fréquence ou leur sévérité. La relation avec les parents, et plus particulièrement avec la mère, influence l'automutilation. En effet, une relation conflictuelle et inadéquate avec la mère augmente la présence et la sévérité du comportement, alors que la relation avec le père affecte uniquement la sévérité du comportement.

6.8.1 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats mentionnés permettent de constater que le point de vue des infirmières diffère de celui des parents en ce qui concerne l'automutilation chez les adolescents. Ces résultats peuvent apporter aux infirmières des lignes directrices dans la prise en charge de ces adolescents, incluant la confiance et l'implication d'autres aidants tels que les parents ou le personnel scolaire. Les résultats peuvent également aider les soignants à entourer les parents d'adolescents souffrant d'automutilation et à aborder ce phénomène avec eux. Ils permettent aussi aux infirmières de pouvoir transmettre des stratégies aux parents afin de mieux aider leurs enfants, plus particulièrement dans le but de prévenir l'apparition d'automutilations. Les résultats offrent une ouverture sur les sujets à aborder avec les parents et les questions à leur poser et mettent l'accent sur le soutien et l'information dont ont besoin les parents. Une des études présente un exemple de groupe de soutien aux parents à mettre en place.

7. Discussion

Les résultats de ce travail mettent en avant plusieurs besoins émergents des parents. Le besoin le plus récurrent est celui d'être informé. En effet, dans plusieurs études, les parents déplorent le fait de ne pas être assez éclairés au sujet des comportements automutilateurs pour être efficaces au moment où ceux-ci surviennent. Il leur semble que les informations qu'ils reçoivent arrivent trop tard, soit pendant ou après une hospitalisation. La communication avec leurs enfants leur apparaît comme étant plus compliquée avant

d'en savoir d'avantage sur le phénomène, et leur sentiment culpabilité est plus fort. De plus, les parents ne connaissent pas tous les signes de l'automutilation, puisqu'ils définissent celle-ci comme des coupures avec un objet tranchant. Or, les automutilations, définies dans le cadre théorique de ce travail, ne se présentent pas uniquement sous forme de coupures. Les résultats ont démontré que peu de promotion de la santé est effectuée au niveau de l'automutilation et que les écoles abordent très peu le sujet.

D'autre part, les parents insistent sur les difficultés qu'ils ont rencontrées pour parler de ce sujet avec les infirmières. Ils ont parfois l'impression d'être accusés, jugés ou peu écoutés. Ceux-ci mentionnent que souvent, ils se sentent déjà coupables de ne pas avoir décelé le problème, ou se croient responsables des automutilations. Selon eux, les jugements ou accusations des infirmières ne les aident pas. La perception qu'ont ces dernières de l'aide parentale présente des paradoxes. Les parents devraient, pour les infirmières, être l'un des principaux aidants. Cependant, elles considèrent que les parents sont inaptes à aider leurs enfants pour plusieurs raisons telles que leurs problèmes personnels, leurs difficultés de communication, leur attitude négative et peu compréhensive envers les troubles psychiatriques et le manque de prise de conscience des automutilations. En réalité, la vision qu'ont les infirmières des parents renforce l'importance du besoin principal des parents : l'accès à l'information.

En outre, les infirmières ne voient pas l'automutilation de la même manière que les parents, comme décrit dans la section traitant des résultats. Les deux visions du phénomène divergent également de la définition théorique de l'automutilation (cf cadre théorique). Cette distorsion peut entraîner une difficulté de communication, puisque les parents et les infirmières ne parlent, en définitive, pas le même langage.

Les parents trouvent important d'avoir accès à des groupes de soutien. Au sein de ces groupes, ils s'attendent à être aidés, car les automutilations de leur enfant ont un fort impact sur leur vie. Ils souhaitent également pouvoir parler librement de leurs émotions, aborder la parentalité, dont la communication et la relation avec l'enfant. Ils ont besoin de parler du sujet de la famille, et de trouver des stratégies pour ne pas mettre de côté le reste de la fratrie. Les parents veulent, comme écrit précédemment, avoir accès à de l'information au sujet de la santé mentale de leur adolescent, et ainsi apprendre à gérer les épisodes d'automutilation.

Comme ressource, en dehors des infirmières en psychiatrie, les parents mentionnent plusieurs fois l'infirmière scolaire. Ils décrivent celle-ci comme plus ouverte à la discussion concernant l'automutilation, avec l'adolescent comme avec eux-mêmes. Le personnel scolaire dans sa globalité (et pas seulement les enseignants) est aussi placé en position de

ressource. Les parents s'appuient sur ces adultes, qui, selon eux, créent plus facilement une relation de confiance avec l'adolescent qu'eux-mêmes. Ils regrettent toutefois le manque d'information provenant de l'école au sujet des automutilations et trouveraient intéressant, voire indispensable, qu'une prévention à ce sujet émane du milieu scolaire.

7.1 Qualité et crédibilité des résultats

Tous les parents et infirmières participants aux études sélectionnées dans cette revue de littérature sont volontaires. Ce paramètre implique que les participants sont, majoritairement, intéressés par la santé mentale des adolescents. De plus, lorsque les études traitent de parents ayant des adolescents qui s'automutilent, tous leurs enfants ont été ou sont hospitalisés au moment de l'étude, ce qui implique qu'ils présentaient un degré d'automutilation relativement sévère. Les échantillons des études sont constitués d'une majorité d'adolescentes ou de parents d'adolescentes, ce qui peut empêcher le transfert des informations aux adolescents automutilateurs masculins. Toutefois, les études utilisées dans cette revue de littérature apportent des résultats pertinents et intéressants pour la pratique. De plus, étant donné que la question de recherche concerne les parents, on peut considérer que les ressources restent les mêmes, peu importe le sexe de l'adolescent.

7.2 Limites et critiques de la revue de littérature

Sur trois bases de données consultées, seules deux ont offert des études disciplinaires et sur le sujet. La littérature se concentre majoritairement sur l'adolescent ou les infirmières, mais rarement sur le rôle ou le vécu du parent. Seules 6 études ont pu être retenues, ce qui constitue une limite à ce travail. En effet, il aurait été avantageux d'avoir plus d'études, afin de pouvoir étoffer d'avantage les résultats et les comparaisons entre les études. Une étude de niveau de preuve plus élevé, comme par exemple une étude randomisée, aurait apporté plus de crédibilité à la présente revue de littérature. Cependant, ce travail a l'avantage d'analyser des études européennes uniquement, ce qui renforce sa transférabilité au contexte suisse.

8. Conclusions

Les résultats montrent que les parents manquent d'information au sujet de l'automutilation. La prévention est soit pauvre, soit trop discrète. Dans les deux cas, il est important de la renforcer, afin que les parents ne se sentent pas démunis face à l'automutilation. En Suisse romande, la prévention, sur internet du moins, est maigre. L'Office Fédéral de la Santé publique n'a pas émis de recommandations de bonne pratique à ce sujet.

La thérapie familiale systémique, par son concept de circularité et de neutralité, est particulièrement pertinente dans le domaine de la psychiatrie. La thérapie systémique évite le risque de « blâme ou de menaces pour des familles qui font trop souvent face à la culpabilisation et à la stigmatisation inhérentes à la maladie mentale » (Duhamel, et al., 1995, p. 186). En outre, elle renforce la famille en valorisant ses ressources et ses forces (Duhamel, et al., 1995). Par conséquent, il pourrait être intéressant pour les infirmières travaillant dans des établissements traitant des adolescents qui s'automutilent d'avoir recours à la thérapie systémique pour intégrer les parents dans la prise en charge de leurs enfants.

Actuellement, en Suisse romande, un Diploma of Advanced Studies (diplôme de formation continue universitaire) et un Certificate of Advanced Studies (certificat de formation universitaire) existent concernant la prise en charge de la famille et de l'adolescent (Université de Genève, 2015). Ils se présentent sous le nom de CAS HES-SO en Santé de l'adolescent et de la famille et de DAS en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Ces formations continues traitent toutes deux des conduites à risque de l'adolescent, dans lesquelles se trouve l'automutilation, et de l'approche systémique (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Sd). La formation en Suisse romande est donc déjà développée à ce sujet pour les infirmières qui souhaitent se perfectionner dans le domaine de la prise en charge systémique.

Les deux paragraphes suivants exposent le point de vue d'un soignant du service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Sierre, en Valais (communication personnelle [Entretien], 8 juin 2015). Ce service utilise l'approche systémique dans les prises en charge d'adolescents s'automutilant. Afin de combler les différences entre les conceptions des automutilations par les infirmières et les parents, le soignant interrogé explique que lui et ses collègues exposent aux parents la manière dont ils comprennent la situation, afin que chacun « parle le même langage ». Les infirmiers de ce service considèrent que les parents ont un rôle d'aidant, mais que si leur enfant est hospitalisé, c'est parce qu'ils ne sont plus capables d'assumer seuls la situation. Une collaboration entre les infirmiers et les parents est donc indispensable lors de l'hospitalisation. Celle-ci se fonde principalement sur le temps. En effet, si la situation s'améliore rapidement (baisse des automutilations ou arrêt du comportement, par exemple), le lien entre parents et soignants se crée rapidement. Au contraire, si la situation évolue lentement, il est plus difficile d'avoir des parents aidants. L'interviewé relève également que si la communication avec les parents est difficile, les progrès de la situation sont plus lents. Les infirmiers attendent des parents que ceux-ci verbalisent leurs besoins si la pathologie n'est pas présente suite à des problèmes relationnels entre parents et enfant, ou qu'ils adoptent un comportement aidant pour leur

adolescent si la pathologie est liée à des difficultés au niveau de la communication. Selon l'infirmier interrogé, les parents ont souvent des attentes trop élevées ou peu réalistes des soignants, ce qui pose problème dans la communication. De plus, la question des automutilations est un sujet facilement abordé par les soignants, « un sujet comme un autre », mais difficilement abordé par les parents, ce qui contredit les résultats de certaines études mentionnés plus haut. Les soignants dans le service de pédopsychiatrie de Sierre pensent que les parents ne sont pas assez informés au sujet des automutilations avant l'hospitalisation de leur adolescent et se sentent démunis face à ce symptôme. De plus, la notion de culpabilité est importante, et, malgré l'attitude non-jugeante des soignants, les parents peuvent se sentir tenus pour responsables des automutilations de leur enfant. Pour pallier ce problème autant que possible, les soignants parlent de comportements adéquats ou non face à une situation donnée.

En ce qui concerne la période suivant l'hospitalisation, aucun groupe de parole à l'attention des parents n'existe en Valais. Pourtant, d'après le soignant interrogé, il serait judicieux d'avoir des groupes traitant des pathologies conduisant à des comportements automutilateurs, car plus le parent est soutenu et connaît la maladie, plus il est capable de soutenir son enfant : ainsi, l'aide apportée à celui-ci n'en sera que renforcée. La personne avec qui l'entretien a eu lieu explique que la communication entre parent et enfant est importante, mais également entre les deux parents pour éviter la mise sous tension de l'adolescent, ce qui pourrait conduire à des comportements automutilateurs. Pour cette raison, il serait judicieux que la thérapie systémique soit poursuivie dans un cadre post-hospitalier.

Les résultats de recherches concernant les parents d'enfants ou d'adolescents qui s'automutilent en Suisse semblent pauvres voire inexistants. Une étude concernant les besoins de ces parents et de leurs attentes à propos du système de santé suisse serait un apport non-négligeable de résultats probants. De plus, étant donné que cette revue de littérature ne traite que de parents d'adolescents non-maltraitants, il pourrait être intéressant d'explorer la possibilité ou non d'intégrer des parents maltraitants dans une approche systémique. Effectuer des recherches au sujet de l'influence de l'approche systémique dans un cadre intra-hospitalier ainsi qu'au sujet d'une thérapie individuelle en complément d'une thérapie systémique pourrait apporter des résultats intéressants et utiles à la pratique.

9. Références bibliographiques

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2000, Janvier). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris.
- American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., . . . Griffith, J. W. (2014). Is Non-Suicidal Self-Injury Associated With Parental and Family Factors ? *Journal of Early Adolescence*, 34(3), pp. 387-405.
- Bee, H., & Denise, B. (2011). *Les âges de la vie*. ERPI.
- Brossard, B. (2014). *Se blesser soi-même: une jeunesse autocontrôlée*. Paris: Alma Editeur.
- Brûlé, M., & Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique*. ERPI.
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., . . . Guerin, S. (2008). Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), pp. 493-504.
- Caicedo, S., & Whitlock, J. ((S.d.)). *Information sur l'automutilation non-suicidaire*. Récupéré sur <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/15-misconceptions-french-1.pdf>
- Corcos, M., Pham-Scottez, A., & Speranza, M. (2014). *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Di Pierro, R., Srano, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, pp. 511-520.
- Duhamel, F., Bell, J. M., Campagna, L., Goudreau, J., Paul, D., Pelchat, D., . . . Wright, L. M. (1995). *La santé et la famille*. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin Editeur.
- Encyclopédie de l'Agora. (2012, 04 17). Récupéré sur <http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/parasuicide>.
- Ferrari, P., & Bonnot, O. (2013). *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Lavoisier.
- Gicquel, L., & Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. (Sd). *Formations en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille*. Récupéré sur [www.hesav.ch: http://www.hesav.ch/docs/default-source/formation-continues-et-postgrade-docs/das-seaf/das-seaf-2014.pdf?sfvrsn=2](http://www.hesav.ch/docs/default-source/formation-continues-et-postgrade-docs/das-seaf/das-seaf-2014.pdf?sfvrsn=2)
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Saint-Laurent: ERPI.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. ERPI.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde*. Récupéré sur <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2004).

http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Santé de l'adolescent*. Récupéré sur

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (Sd). *Rapport sur la santé dans le monde*. Récupéré sur

www.who.int: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index6.html>

Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*(32), 58-71.

Rissanen, M.-L., & Laukkanen, E. R. (2008). Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, pp. 212-218.

Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Eila, L. (2012). Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses. *Mental Health Nursing*, 33, pp. 251-262.

Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 1711-1721.

Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2011). Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *International Journal of Nursing Practice*, 17, pp. 158-165.

Sweet, M., & Whitlock, J. (S.d.). <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/info-for-parenting-french.pdf>.

Université de Genève. (2015, Avril 23). *Formation Continue*. Récupéré sur www.unige.ch:

<http://www.unige.ch/formcont/programmes/MASDASCAS.html>

[Tapez ici]

10. Annexes

En annexes se trouvent les tableaux de recension relatifs à la section méthode, ainsi que le glossaire, recensant les définitions des mots en gras dans le texte, afin de faciliter la compréhension du lecteur.

Annexe I : Tableaux de recension

[Tapez ici]

1. Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2011). **Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions.** *International Journal Of Nursing Practice*, 17(2), 158-165.

<p>Type d'étude ou devis : Devis qualitatif descriptif, phénoménologique</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Etude épidémiologique descriptive transversale</p> <p>Niveau 4 Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillonnage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les infirmiers chefs de services de quatre services du Department of Adolescent Psychiatry d'un hôpital universitaire de Finlande ont été informés au sujet de l'étude. Il leur a été envoyé des annonces et il leur a été demandé d'en transmettre une copie à chaque infirmier de leur service. Les annonces comprenaient une information concernant l'étude et son but. Des annonces sont parues dans trois magazines de la santé finlandais. Elles donnaient des informations sur l'étude et demandaient aux personnes volontaires d'envoyer leur conception de l'automutilation anonymement par lettre ou courriel. <p>Echantillon : 10 infirmières, dont 3 ayant répondu à l'annonce dans le magazine.</p>	<p>But : Décrire l'automutilation des adolescents finlandais du point de vue des infirmières dans leur langage de tous les jours et explorer l'automutilation des adolescents comme un phénomène</p>	<p>Concepts Automutilation Adolescence</p>	<p>Méthode de collecte des données : Effectuée par triangulation des méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Groupes de discussion (5 infirmières) Entretien individuel (2 infirmières) Réponse par courriel ou lettre (3 infirmières) <p>Tous les entretiens sauf un ont été enregistrés puis retranscrits en verbatim par le chercheur principal. Un participant a refusé l'enregistrement, la personne menant l'entretien a donc écrit ses réponses de la manière la plus détaillée possible. Les personnes menant l'entretien offraient la possibilité aux participants de les recontacter par téléphone pour des questions ou un désistement.</p>	<p>Méthode d'analyse : L'analyse s'est basée sur la retranscription en verbatim des enregistrements d'entretien, les descriptions écrites reçues et les notes détaillées d'un entretien individuel. Le chercheur principal a lu attentivement toutes les données plusieurs fois, afin de déterminer ce que les infirmières ont dit au sujet des automutilations et les a encodées en catégories et sous-catégories nommées en rapport à leur contenu. Ce processus a été approfondi autant que possible.</p> <p>La méthode d'analyse choisie est une méthode inductive.</p>	<p>Résultats : Les résultats de l'étude ont été classés en quatre thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définition de l'automutilation Caractéristiques de l'automutilation Facteurs contribuant à l'automutilation Buts de l'automutilation <p>Deux définitions sont ressorties des entretiens. Premièrement, tout type d'acte destructeur envers sa propre peau peut être inclus dans le concept d'automutilation, y compris les tatouages et piercings. Les infirmières caractérisent l'automutilation comme un acte indépendant du fait de vouloir se prendre la vie, associé souvent au sexe féminin, un phénomène de mode ou au contraire non, une recherche d'attention, étant manifestée à plusieurs degrés. Elles parlent également de phénomène pas honteux, contagieux, compulsif, de sujet tabou, caractérisé comme tendant à se normaliser, faisant partie de la culture des jeunes. Elles relèvent également que c'est une action se déroulant seul ou avec d'autre personne, de manière privée ou publique. Les facteurs contribuant aux automutilations sont pour les participants les problèmes émotionnels et sociaux des adolescents, ainsi que des facteurs reliés à la famille et à l'école. Les buts de l'automutilation mis en évidence sont perçus comme une manière pour l'adolescent de s'aider lui-même, ou une recherche d'expérience et comme un appel au secours et une vengeance par le sang.</p> <p>Conclusion : L'étude conclut que les conceptions infirmières de l'automutilation diffèrent du point de vue des adolescents, de leurs parents, et de la définition théorique du phénomène.</p>
	<p>Critères d'inclusion Les critères d'inclusion sont : être une infirmière diplômée ayant de l'expérience dans les soins aux adolescents souffrant d'automutilations</p>	<p>Hypothèse : Les auteurs ne mentionnent aucune hypothèse.</p>		<p>Ethique : Le comité éthique de « Kupio University Hospital » a donné son aval pour l'étude. Les participants aux entretiens ont signé un consentement éclairé. Chaque participant a reçu des informations sur l'étude et son objectif.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel de traitement des données qualitatives n'est pas mentionné par les chercheurs.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : L'étude a répondu à sa question de recherche. Elle permet d'envisager de développer un guide de soins à l'attention des infirmiers travaillant avec des adolescents s'automutilant. Cependant, l'étude traite un échantillon de petite taille, ce qui peut constituer une limite. De plus, nous ne connaissons pas le programme d'analyse des données utilisés.</p>

[Tapez ici]

2. Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2012). **Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses.** *Issues In Mental Health Nursing*, 33(4), 251-262. doi:10.3109/01612840.2011.653035

<p>Type d'étude ou devis : Devis qualitatif descriptif, phénoménologique</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>Série de cas</p> <p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillonnage :</p> <ul style="list-style-type: none">Les infirmiers chefs de services de quatre services du Department of Adolescent Psychiatry d'un hôpital universitaire de Finlande ont été informés au sujet de l'étude. Il leur a été envoyé des annonces et il leur a été demandé d'en transmettre une copie à chaque infirmier de leur service. Les annonces comprenaient une information concernant l'étude et son but.Des annonces sont parues dans trois magazines de la santé finlandais. Elles donnaient des informations sur l'étude et demandaient aux personnes volontaires d'envoyer leur description de l'aide aux adolescents qui s'automutilent anonymement par lettre ou courriel. <p>Echantillon : 9 infirmières, dont 5 participants aux entretiens en groupe, 2 à un entretien individuel et 2 ayant répondu par lettre ou courriel. Huit infirmières travaillaient dans un service ambulatoire, et une dans une école.</p>	<p>But : Le but de cette étude est de décrire les conceptions et l'expérience des infirmières finlandaises en rapport avec l'aide aux adolescents qui s'automutilent.</p>	<p>Concepts Automutilation Adolescence Prise en charge holistique</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données ont été recueillies en avril et mai 2005. Elles ont été collectées par le biais d'entretiens de groupe, d'entretiens individuels et de lettres et courriels. Le chercheur principal a organisé deux entretiens de groupe, durant de 45 à 75 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés sauf un, dont le participant ne se sentait pas à l'aise avec l'enregistrement. Le chercheur principal a donc pris des notes détaillées de cet entretien. Deux entretiens individuels ont eu lieu et trois réponses écrites ont été obtenues. Seulement deux d'entre-elles ont été retenues, car la troisième ne précisait pas si elle provenait d'une infirmière diplômée.</p>	<p>Méthode d'analyse : La méthode d'analyse choisie est un raisonnement inductif. Les données ont été lues plusieurs fois, et les enregistrements des entretiens ont été retranscrits en verbatim. Le chercheur principal a lu attentivement toutes les données plusieurs fois, afin de déterminer ce que les infirmiers ont dit et les a encodées en catégories par rapport à leurs ressemblances et leurs différences. Les catégories ont été nommées selon leur contenu. Ce processus a été approfondi autant que possible. Durant l'analyse des données, les chercheurs se sont rencontrés plusieurs fois pour parler du processus d'analyse et des catégories émergentes, en effectuant les changements nécessaires.</p>	<p>Résultats : L'automutilation est décrite par les soignants comme étant non-seulement une aide que l'adolescent s'apporte à lui-même, mais également un moyen de demander de l'aide à quelqu'un d'autre. Les personnes considérées comme des aidants dans cette étude sont les parents, tous les professionnels de l'école (et pas seulement les enseignants), les pairs de l'adolescent et les infirmières. Les données ont été classées en six tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none">Facteurs contribuant à l'incapacité des parents à être aidantPersonnel scolaire comme aidant : promotion de la santé du développement des adolescentsButs des soinsSoins holistiquesFacteurs de la discussion thérapeutiqueSoins holistiques : actions concrètes <p>Les infirmières participantes insistent également sur le respect et la confiance dans la relation avec l'adolescent et sur les difficultés pour les parents d'être aidant.</p> <p>Conclusion : La confiance entre l'adolescent qui s'automutilent et la personne aidante est indispensable pour soigner. Les buts des soins ciblent les aspects mentaux et physiques. Les bases, les buts et le contenu des soins décrits dans cette étude pourraient être utilisés afin de créer des guides de conduite à l'attention des soignants d'adolescents qui s'automutilent.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les critères d'inclusion étaient : être une infirmière qualifiée, ayant de l'expérience dans les soins aux adolescents qui s'automutilent, travaillant en Finlande. Un critère d'exclusion a été de ne pas préciser si la personne répondant par lettre était infirmière diplômée.</p>	<p>Hypothèse : Les chercheurs n'ont pas formulé d'hypothèse.</p>		<p>Ethique : Le comité éthique d'un hôpital universitaire de Finlande a donné la permission d'effectuer l'étude. Les infirmières ont toutes signé une déclaration de consentement éclairé, sauf celles ayant répondu par écrit.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel de traitement des données qualitatives n'est pas mentionné par les chercheurs.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : L'étude a répondu à sa question de recherche et propose de développer un guide en se basant sur ses données. Les résultats ont été discutés entre les auteurs de l'étude pendant le processus d'analyse et changés au besoin. Les auteurs reportent qu'aucun conflit d'intérêt n'a eu lieu. Cependant, l'étude a été traduite du finlandais à l'anglais, ce qui a probablement affecté l'interprétation des données.</p>

[Tapez ici]

3. Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). **Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents.** *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(3), 212-218.

<p>Type d'étude ou devis : Devis qualitatif descriptif, phénoménologique</p> <p>Paradigme: naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Série de cas Niveau 4 Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : L'échantillon se compose de 4 parents d'adolescentes s'automutilant : 3 mères et 1 père. Tous ont d'autres enfants. Deux sont divorcés et deux sont mariés. Deux des parents sont employés, un retraité et un étudiant.</p> <p>Echantillonnage : Les participants ont été contactés par le biais de leurs adolescentes, qui avaient elles-mêmes participé à un entretien dans le cadre d'une étude sur les automutilations, en 2006. Les adolescentes ayant dit lors de l'entretien que leur parents étaient au courant de leurs automutilations ont été sélectionnées et ont donné leur accord pour inviter les parents à participer à des entretiens. Cinq adolescentes étaient d'accord, et quatre parents ont accepté de participer à l'étude.</p>	<p>But : Le but de cette étude est de décrire l'automutilation du point de vue de parents d'adolescentes finlandais s'automutilant. La recherche tend à donner une compréhension globale de l'automutilation dans les termes de tous les jours des parents.</p>	<p>Concepts : Automutilation Adolescence</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels avec chaque participant, durant de 45 à 75 minutes. Les entretiens commençaient par aborder les pensées des parents concernant l'automutilation. Tous les entretiens ont été enregistrés.</p>	<p>Méthode d'analyse : La chercheuse principale a lu plusieurs fois les données retranscrites des enregistrements pour obtenir une vue d'ensemble et déterminer ce que les parents ont dit au sujet de l'automutilation. Elle a ensuite codé toutes les données recueillies, dans des catégories et sous-catégories axées sur leurs ressemblances et différences. Les catégories ont été nommées en fonction de leur contenu. Ce processus a été approfondi autant que possible. L'analyse était inductive.</p>	<p>Résultats : Les résultats ont été classés en quatre catégories : Le phénomène d'automutilation, les facteurs contribuant à l'automutilation, ses objectifs et ses conséquences. Les facteurs contribuant sont séparés en facteurs en relation avec l'adolescent (puberté et changements internes) et en facteurs en relation avec la famille, plus spécialement la mère. Les objectifs de l'automutilation sont également séparés en deux parties soit les buts liés à l'adolescent (s'aider lui-même) et ceux liés aux autres (être protecteur envers la mère, un appel au secours, par exemple). Enfin les conséquences de l'automutilation sont séparées en deux, soit les conséquences pour l'adolescent et les conséquences pour le parent. Les conséquences pour l'adolescent comportent les conséquences sur l'adolescent lui-même, sur la relation avec les autres et sur la relation avec le personnel soignant.</p> <p>Conclusion : Les conséquences de l'automutilation pour les parents peuvent être associées à un manque de connaissance du phénomène. Les parents ont besoin de professionnels de la santé, principalement pour discuter de l'automutilation. Il a été constaté que l'automutilation est un sujet peu abordé, par exemple dans la promotion de la santé, ou à l'école.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les critères d'inclusion étaient être parent d'un adolescent s'automutilant ayant participé à une étude antérieure et que l'adolescent accepte que leur parent prenne part aux entretiens.</p>	<p>Hypothèse : Les chercheurs n'ont pas formulé d'hypothèse.</p>		<p>Éthique : Les participants ont tous signé un consentement éclairé, leur adolescent également. Le comité éthique de l'hôpital universitaire de Kuopio et l'université de Kuopio ont accordé la permission éthique pour l'étude. La personne menant l'entretien était une infirmière en psychiatrie habilitée à discuter des émotions des parents avec eux. Ses coordonnées ont été laissées aux participants en cas de question ou de renoncement.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel de traitement des données qualitatives n'est pas mentionné par les chercheurs.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : Les forces de cette étude sont qu'elle atteint son objectif et que les résultats peuvent apporter des pistes aux professionnels de la santé pour approcher les parents. La petite taille et l'homogénéité (par exemple le sexe de l'adolescent) de l'échantillon peuvent être associées à des limites.</p>

[Tapez ici]

4. Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009). **Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions.** *Journal Of Clinical Nursing*, 18(12), 1711-1721.

<p>Type d'étude ou devis : Devis qualitatif descriptif, phénoménologique</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Série de cas Niveau 4 Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : L'échantillon se compose de 4 parents d'adolescentes s'automutilant : 3 mères et 1 père. Tous ont d'autres enfants. Deux sont divorcés et deux sont mariés. Deux des parents sont employés, un retraité et un étudiant.</p> <p>Echantillonnage : Les participants ont été contactés par le biais de leurs adolescentes, qui avaient elles-mêmes participé à un entretien dans le cadre d'une étude sur les automutilations, en 2006. Les adolescentes ayant dit lors de l'entretien que leur parents étaient au courant de leurs automutilations ont été sélectionnées et ont donné leur accord pour inviter les parents à participer à des entretiens. Cinq adolescentes étaient d'accord, et quatre parents ont accepté de participer à l'étude.</p>	<p>But : Le but de cette étude est de décrire l'aide que l'on peut apporter aux adolescents s'automutilant du point de vue de parents d'adolescents finlandais qui s'automutilent</p>	<p>Concepts : Automutilation Adolescence</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données ont été récoltées lors d'entretiens individuels avec chaque participant, durant de 45 à 75 minutes. Les entretiens commençaient par aborder les pensées des parents au sujet de l'aide que l'on peut apporter à des adolescents s'automutilant. Tous les entretiens ont été enregistrés.</p>	<p>Méthode d'analyse : La chercheuse principale a lu plusieurs fois les données retranscrites des enregistrements pour obtenir une vue d'ensemble et déterminer ce que les parents ont dit au sujet de l'aide à apporter aux adolescents souffrant d'automutilations. Elle a ensuite codé toutes les données récoltées, dans des catégories et sous-catégories axées sur leurs ressemblances et différences. Les catégories ont été nommées en fonction de leur contenu. Ce processus a été approfondi autant que possible. L'analyse était inductive.</p>	<p>Résultats : Les résultats ont été classés en trois catégories : description d'un adolescent qui s'automutilite, les moyens de l'aider et les moyens d'aider les parents et la famille. L'adolescent qui s'automutilite est perçu comme un adolescent soucieux, consciencieux et qui prend soin des autres. Il paraît très bien mais souffre d'une estime de soi basse et est très sensible. Il se sent seul et est honteux de ses automutilations. L'adolescent s'aide soit par lui-même (en écrivant ses idées noires, par exemple), soit par une relation humaine sûre et de confiance (avec ses pairs ou des adultes tels que parents, soignants, enseignants). Pour chaque aidant, des facteurs favorisant l'aide ou ne la favorisant pas sont présents. Les moyens d'aider les parents et la famille sont également décrits en facteurs aidants (par exemple l'information sur l'automutilation) ou non-aidants (par exemple l'absence d'encouragements aux parents par les infirmières).</p> <p>Conclusion : Les parents sont mentionnés comme les principaux aidants, cependant les enseignants et les autres professionnels de l'école ont un rôle d'aidant. Les parents peuvent avoir des difficultés à aider leur enfant, car leurs sentiments envers eux sont confus. Les parents attendent aussi une attitude professionnelle des soignants envers leurs adolescents et eux-mêmes.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les critères d'inclusion étaient être parent d'un adolescent s'automutilant ayant participé à une étude antérieure et que l'adolescent accepte que leur parent prenne part aux entretiens.</p>	<p>Hypothèse : Les chercheurs n'ont pas formulé d'hypothèse.</p>		<p>Éthique : Les participants ont tous signé un consentement éclairé, leur adolescent également. Le comité éthique de l'hôpital universitaire de Kuopio et l'université de Kuopio ont accordé la permission éthique pour l'étude. La personne menant l'entretien était une infirmière en psychiatrie habilitée à discuter des émotions des parents avec eux. Ses coordonnées ont été laissées aux participants en cas de question ou de renoncement.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel de traitement des données qualitatives n'est pas mentionné par les chercheurs.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : Les forces de cette étude sont qu'elle atteint son objectif et que les résultats peuvent apporter des pistes aux professionnels de la santé pour approcher les parents et les adolescents s'automutilant. La petite taille et l'homogénéité (par exemple le sexe de l'adolescent) de l'échantillon peuvent être associées à des limites.</p>

[Tapez ici]

5. Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., & ... Griffith, J. W. (2014). **Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?.** *Journal Of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.

<p>Type d'étude ou devis : Etude quantitative non-expérimentale</p> <p>Paradigme : Postpositiviste</p> <p>Niveau de preuve : Etude cas-témoins</p> <p>Niveau 3</p> <p>Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : L'échantillon de cette étude est composé de 1439 personnes âgées de 12 ans et de leurs parents. Ces derniers sont pour 88,7% des mères, 4,3 % des pères et 1,2 % sont des beaux-parents ou des parents adoptifs. Sur les 1439 préadolescents, 789 sont des femmes et 650 sont des hommes. 86 % des participants ont leur deux parents Belges, 9,7% au moins un des deux parents né dans un autre pays et pour 4,3% les informations ethniques manquent.</p> <p>Echantillonnage : Tous les parents d'adolescents de 12 ans vivant dans 9 régions de Flandres ont été invités à participer à l'étude. Toutes les familles ont reçu une brochure d'information, un questionnaire à retourner. 14,59 % des parents retourneront le questionnaire.</p>	<p>But : Le but de cette recherche est d'éclaircir quels facteurs familiaux et parentaux sont associés aux automutilations basé sur les comptes rendus de parents et d'adolescents dans un échantillon de la population générale d'adolescents de 12 ans. Le fait de relier les facteurs familiaux et parentaux aux automutilations aide à identifier les groupes à risque et obtenir des indices concernant l'étiologie des automutilations. L'étude examine la relation entre les automutilations et les comportements/le stress parentaux et le contexte familial.</p> <p>Question de recherche : Les automutilations sont-elles associées à des facteurs parentaux et familiaux ?</p>	<p>Concepts</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique : Automutilation Les comportements parentaux associés aux automutilations Les variables familiales associées aux automutilations</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données ont été collectées, auprès des adolescents par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un questionnaire sur l'automutilation • Parental Behavior Scale (version courte) • Psychological Control Scale <p>et auprès des parents par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parental Behavior Scale • Psychological Control Scale • NVOS • Questionnaire sur le statut socio-économique • Proposition de 19 événements de vie dans la famille 	<p>Méthode d'analyse : La distribution des variables a été contrôlée. Le coefficient alpha de Cronbach a été appliqué afin de valider la cohérence des questions posées. Le test de chi carré a été utilisé. Trois tests séparés (MANOVA) ont été effectués pour contrôler si une présence de différences significatives existait entre le groupe contrôle et le groupe d'adolescents s'automutilant.</p>	<p>Résultats Les adolescents s'automutilant ont rapporté plus contrôle psychologique et comportemental de la part des parents. Le rapport des parents ne montre pas de différence entre les adolescents s'automutilant et les autres. Peu de différences sont remarquées au niveau du stress parental, de la structure familiale et des événements de vie stressants. Le statut socioéconomique est moins bon dans le groupe d'adolescents s'automutilant.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les critères d'inclusions de l'étude comprennent : être parent d'un enfant de 12 ans, que l'enfant et le parent souhaite participer à l'étude, habiter les Flandres. Un critère d'exclusion était que l'adolescent ne réponde pas à la question « Vous êtes-vous déjà blessé volontairement sans intention de mourir ? »</p>	<p>Hypothèse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les facteurs parentaux sont associés à : une diminution du soutien dans le comportement parental, une augmentation du contrôle psychologique et comportemental, une interaction entre un soutien parental bas et un contrôle haut et un niveau élevé de stress parental reporté par les parents. 2. Les automutilations sont reliées au contexte familial : association avec la structure familiale, un niveau socioéconomique bas, un fonctionnement pauvre de la famille et une grande quantité d'événements stressants intervenant dans la famille. 	<p>Variables : La variable indépendante est les facteurs familiaux et parentaux, alors que la variable dépendante est l'automutilation.</p>	<p>Ethique : Chaque participant (parent et adolescent) remplit un consentement éclairé. Le parent ou le représentant légal signe un consentement éclairé pour le report des données de l'adolescent. L'étude a été approuvée par le comité éthique de l'université affiliée à un auteur.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel MANOVA a été utilisé.</p>	<p>Conclusion : Une recherche future devrait investiguer si les différences de perception sont liées à un biais cognitif négatif ou non.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : L'étude est transversale et se concentre uniquement sur la présence ou non d'automutilations, cependant, elle répond à sa question de recherche et possède un échantillon de grande taille.</p>

[Tapez ici]

6. Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., & ... Guerin, S. (2008). **Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers.** *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 13(4), 493-504.

<p>Type d'étude ou devis : Etude qualitative phénoménologique</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Série de cas</p> <p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : 25 participants ont pris part à l'étude. Il s'agissait de 15 parents (60%) et 10 soignants (40%).</p> <p>Echantillonnage : Une lettre a été envoyée à tous les parents d'adolescents ayant séjournés dans un service d'urgence pour des automutilations sur une période de 3 ans. 60 lettres ont été envoyées à ces parents, et sept à des infirmiers chefs de service, afin qu'ils les transmettent à leur équipe.</p> <p>La lettre proposait un groupe de soutien pour parler des besoins spécifiques des parents et les invitait à une rencontre.</p> <p>Les services de soutien aux familles ainsi que les équipes de pédopsychiatrie ont été invité également de la même manière.</p> <p>Les lettres ont été suivies d'un appel téléphonique ou d'une rencontre dans un service lorsque c'était possible.</p>	<p>But : Cette étude tend à décrire les expériences des parents ou des soignants par rapport à l'automutilation chez leurs enfants dans le but d'identifier le soutien dont ils ont besoin.</p>	<p>Concepts Deliberate self-harm</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les 25 participants ont été répartis en 5 groupes de 5 personnes, chacun dirigé par un professionnel de la santé. Deux questions clés ont été posées, soit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels domaines pensez-vous qu'un groupe de soutien devrait aborder ? 2. Que voulez-vous apprendre ou gagner en participant à un groupe de soutien ? <p>Ces questions ont été débattues 45 minutes, puis les dirigeants ont contrôlé avec les participants l'exactitude des données recueillies.</p> <p>Les participants ont ensuite rempli une feuille au sujet de leur impression sur la rencontre. Suite à ça, les professionnels se sont rencontrés afin de parler de leur ressenti au sujet des thèmes abordés.</p>	<p>Méthode d'analyse : Un sténographe professionnel a retranscrit les données verbatim. Les données ont été complétées par des notes prises par les professionnels sur le terrain et les notes du débriefing des participants et des professionnels.</p> <p>Deux codeurs ont retranscrit les données séparément. Ils ont identifié plusieurs thèmes, clairs, précis et complets.</p>	<p>Résultats : Les résultats ont été classés par thèmes abordés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Le soutien : les besoin de soutien est présent, mais un manque est constaté. Le soutien par les pairs est relevé comme extrêmement important. 8. L'expression des émotions 9. Le fait d'être parent (« parenting ») 10. La famille 11. L'information et l'éducation : les parents sont intéressés par la santé mentale des jeunes. 12. La gestion des épisodes d'automutilation <p>D'autres thèmes ont également été identifiés, comme les croyances par rapport à l'automutilation, internet et l'école.</p> <p>Conclusion : Suite à cette étude un programme de soutien a été développé afin de répondre aux besoins des parents et des soignants d'adolescents s'automutilant.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Etaient admis les parents d'adolescents qui avaient déjà eu recours aux automutilations ou pensé à le faire. Leurs enfants devaient être âgés de 16 ans ou moins, afin que les parents puissent participer ensuite à des groupes de soutiens. Les soignants ayant déjà été confrontés à ces comportements étaient également admis.</p>	<p>Hypothèse : Les chercheurs n'ont pas émis d'hypothèse.</p>		<p>Ethique : Non mentionnée.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel de traitement des données qualitatives n'est pas mentionné par les chercheurs.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : L'étude atteint son but et propose des pistes d'amélioration de la prise en charge des parents. Cependant, elle ne touche que les parents d'adolescents qui ont été hospitalisés suite à des automutilations ou comportements suicidaires.</p>

[Tapez ici]

7. Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). **Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours.** *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 511-520.

<p>Type d'étude ou devis : Devis mixte</p> <p>Paradigme: Positiviste</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>Etude cas-témoins</p> <p>Niveau 3</p> <p>Faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : L'échantillon se compose de 267 participants, 188 femmes pour 79 hommes, âgés de 16 à 19 ans.</p> <p>Echantillonnage : Les écoles publiques de Parme ont été contactées. 11 écoles sur 12 ont accepté de participer à l'étude. Les étudiants entre 16 et 19 ans ont été contactés. Il a été demandé une autorisation, aux parents pour les mineurs, et aux élèves eux-mêmes pour les majeurs.</p>	<p>But : Le but de l'étude est d'examiner si les facteurs psychologiques comme les traits de personnalité, les relations familiales et les épisodes de maltraitance sont associés de manière différente à la présence et à la sévérité des automutilations sur un échantillon non clinique d'adolescents italiens.</p>	<p>Concepts Automutilation Adolescents Personnalité Relations familiales Maltraitance</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données ont été recueillies par des questionnaires comme le « Self Injury Questionnaire », le « Youth Questionnaire », le « Boricua Child Interview », et des questionnaires contenant des items propres aux besoins de l'étude. Les données ont également été récoltées par des entretiens individuels.</p>	<p>Méthode d'analyse : Le test de khi carré a été utilisé pour évaluer la prévalence, le type et la fréquence des automutilations entre les sexes. L'analyse de régression logistique a été utilisée pour déterminer quelles variables distinguaient les adolescents qui s'automutilent de ceux ne le faisant pas.</p>	<p>Résultats : L'étude n'a pas montré de différence entre les filles et les garçons concernant la présence ou la sévérité des comportements. Un haut niveau d'impulsivité et d'agression interpersonnelle est associé à la présence du comportement, alors qu'un haut niveau d'agression interpersonnelle et d'anxiété ainsi qu'un bas niveau d'impulsivité sont associés à la sévérité du comportement. Une relation inadéquate avec la mère influe la présence et la sévérité du comportement, alors que la relation avec le père affecte uniquement la sévérité. La maltraitance est associée à la présence et à la fréquence. La violence physique et les abus sexuels sont associés à la présence, et la négligence à la sévérité.</p> <p>Conclusion : L'étude apporte une meilleure compréhension des facteurs associés aux automutilations à l'adolescence et permet de reconnaître les adolescents à risque et de mettre en place des interventions préventives.</p>
	<p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Etre étudiant à Parme, âgé de 16 à 19 ans et avoir reçu l'autorisation de leurs parents pour les mineurs sont des critères d'inclusion.</p>	<p>Hypothèse : Les adolescents avec des automutilations plus importantes sont caractérisés par des traits de personnalité différents de ceux qui s'automutilent moins souvent.</p> <p>Variables : Les variables indépendantes sont les traits de personnalité, les relations familiales et les épisodes de maltraitance, alors que les variables dépendantes sont la présence, la fréquence et la sévérité des automutilations.</p>		<p>Ethique : Une autorisation est demandée aux parents de participants mineurs, et l'anonymat est respecté en attribuant un code à chaque étudiant, qui a répondu au questionnaire à l'école, dans un lieu sûr.</p>	<p>Logiciel statistique : Le logiciel statistique utilisé n'est pas mentionné.</p>	<p>Forces et faiblesses de l'étude : L'étude répond à son objet de recherche et ses résultats sont intéressants pour la pratique. Elle donne également des pistes pour des recherches ultérieures. Cependant, l'étude est transversale, l'échantillon est peu hétérogène (beaucoup de femmes).</p>

[Tapez ici]

Annexe II : Tableau récapitulatif des études sélectionnées

Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niveau de preuve
Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E.	Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions.	2011	CINHAL	4
Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E.	Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses.	2012	CINHAL	4
Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E.	Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents.	2008	CINHAL	4
Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E.	Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions.	2009	CINHAL	4
Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., & ... Griffith, J. W.	Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?	2014	Health Source: Nursing/Academic Edition	3
Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., & ... Guerin, S.	Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers.	2008	Health Source: Nursing/Academic Edition	4
Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F.	Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and	2012	CINHAL	3

[Tapez ici]

	maltreatment on the presence and severity of behaviours.			
--	--	--	--	--

Annexe III : Glossaire

Analyse de régression logistique : « Technique de résection ... destinée à analyser les relations entre des variables indépendantes multiples et des variables dépendantes nominales » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 386).

Autosélection : « Mécanisme par lequel les participants ayant des caractéristiques particulières extrinsèques au sujet de recherche acceptent de faire partie d'une étude, ce qui crée une distorsion potentielle dans les résultats obtenus » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 195).

Biais d'autosélection : voir *Autosélection*

Caractères sexuels primaires : Caractères sexuels reliés à la fonction reproductive. Chez les femmes, il s'agit de la croissance des ovaires, du vagin et de l'utérus et chez les hommes de la croissance des testicules, du scrotum ou du pénis (Bee & Denise, 2011, pp. 241-242).

Caractères sexuels secondaires : Caractères sexuels n'intervenant pas sur la fonction reproductive. Il s'agit par exemple de la pilosité, de la croissance, des seins chez les femmes et de la barbe chez les hommes (Bee & Denise, 2011, pp. 241-242).

Comportements à risque : « Comportements axés vers une recherche de sensation fortes » (Bee & Denise, 2011, p. 247). La conduite automobile à vitesse élevée, la consommation d'alcool, de drogue, les comportements sexuels à risque en font partie.

Confirmabilité : « Critère permettant d'évaluer la qualité de la recherche qualitative ; cette notion renvoie à la congruence des données ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 340).

Corrélationnelle (recherche) : « Etude qui analyse les relations entre les variables étudiées sans qu'il y ait d'intervention active du chercheur » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 193).

Crédibilité : « Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 44).

Devis de recherche : « Plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 60)

Devis non-expérimental : Devis quantitatif dans lequel la variable indépendante n'est pas manipulée par le chercheur. Il donne lieu à des observations plutôt qu'à des interventions (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Devis phénoménologique : Devis s'inspirant d'une « tradition de recherche qualitative, ancrée dans la philosophie et la psychologie, qui met l'accent sur l'expérience vécue » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 58).

Devis rétrospectif : « Devis mentionnant en premier lieu la variable dépendante, observable dans le présent ... ; le chercheur s'efforce par la suite de trouver la cause présumée ... » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 193).

Devis transversal : « Devis dans lequel on ne recueille les données qu'une fois » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 197).

Distorsion liée au défaut de la réponse : « Distorsion qui peut résulter de la non-participation non aléatoire d'un sous-groupe de personnes invité à participer à une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 282).

Echantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 60).

Echantillonnage : « Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 264).

Echantillonnage cumulatif : Les participants à l'étude sont recrutés par le biais de participants à d'anciennes études (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 276).

Echantillonnage de cas représentatifs : « Technique d'échantillonnage, dans une étude qualitative, reposant sur une sélection des participants qui met en lumière ce qui est représentatif ou relève de la moyenne » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 277).

Etude mixte : Etude d'inspiration qualitative et quantitative (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Etude qualitative : « Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans un cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 17).

Etude quantitative : « Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 17).

Fiabilité : « Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 340).

MANOVA : « Analyse statistique utilisée pour vérifier la signification des différences entre les moyennes arithmétiques de deux groupes ou plus, pour deux variables dépendantes ou plus, étudiées simultanément » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 387).

Milieu naturel : « Contexte dans lequel vivent d'ordinaire les personnes étudiées ... et où a lieu la collecte des données de recherche » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 35).

Mortalité : Perte de participants pendant la durée de l'étude (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Observation constante : « Dans une recherche qualitative, intense concentration du chercheur sur les aspects d'une situation qui sont pertinents pour le phénomène étudié » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 338).

Paradigme naturaliste : « Paradigme qui ... postule l'existence de multiples interprétations de la réalité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 16), majoritairement rattaché à la recherche qualitative.

Paradigme positiviste : « Paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 15).

Piste de vérification : « Vérification systématique du matériel corroborant la recherche, ce qui permet à un vérificateur indépendant de tirer des conclusions sur la fiabilité des données » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 341).

Recherche mixte : voir *Etude mixte*

Recherche qualitative : voir *Etude qualitative*

Recherche quantitative : voir *Etude quantitative*

Saturation des données : « Dans une étude qualitative, collecte des données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les données ne fournissent plus qu'une information redondante » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 64).

Test de Khi carré : « Permet de vérifier les différences de proportions entre deux groupes indépendants, ou plus. » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 380)

Tradition phénoménologique descriptive : Tradition phénoménologique « axée sur la description minutieuse de l'expérience consciente et ordinaire du quotidien » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 225).

Transférabilité : « Degré auquel un examinateur ou un lecteur indépendant peut suivre les étapes parcourues par un chercheur travaillant dans le domaine qualitatif et les décisions prises par celui-ci ... » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 341).

Triangulation des méthodes : « On utilise plusieurs méthodes pour étudier un phénomène » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 338).

Trichotillomanie : « Arrachage répété de ses propres cheveux » (American Psychiatric Association, 2005, p. 778) dû à une tension et procurant un soulagement.

Valeur p : « Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 373).

Validité externe : « Degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 206).

Validité interne : « Degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 204).

Variable dépendante : « Variable qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable (indépendantes) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Variable indépendante : « Variable qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Variable parasite : « Variable qui sème la confusion dans la relation entre les variables indépendantes et dépendantes ... » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 45).