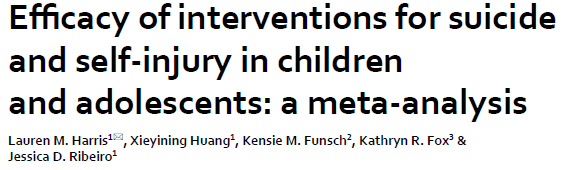
**Efficacité des interventions contre le suicide et l'automutilation chez les enfants et les adolescents : une méta-analyse**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------Introduction :**

Malgré l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents qui demandent et reçoivent un traitement en santé mentale, les taux de pensées et de comportements autodestructeurs chez les jeunes sont en hausse.

Plutôt que de conceptualiser la jeunesse comme une période transitoire de " tempête et de stress " normaux, les chercheurs se sont attachés à mieux comprendre les mécanismes uniques qui peuvent contribuer à l'apparition et au maintien de la psychopathologie au cours de cette période critique du développement. Cela a conduit à une prolifération d'études explorant l'utilité de développer des interventions en santé mentale spécifiquement adaptées aux populations d'enfants et d'adolescents.

la présente méta-analyse vise à combler les lacunes critiques dans les connaissances de l'efficacité des interventions sur les taux de pensées et de comportements autodestructeurs **(SITB : rates of self-injurious thoughts and behaviors)** chez les jeunes, à faciliter les efforts visant à réduire le fardeau des SITB chez les jeunes et à fournir des recommandations pour les recherches futures.

**Méthode :**

**Recherche documentaire :** La recherche documentaire originale a identifié les ECR publiés avant le 1er janvier 2018 dans PubMed, PsycINFO et Google Scholar. Des études supplémentaires ont été ajoutées par le biais d'une recherche dans ClinicalTrials.gov et dans les sections de références des examens/ méta-analyses trouvés dans ces bases de données. Les termes de recherche comprenaient des permutations de " traitement " (c.-à-d. " traitement ", " intervention ", " thérapie\* ") croisées avec des permutations de " suicide " et " automutilation " (c.-à-d. " suicid\* ", " auto-mutilation ", " auto-coupure ", " auto-brûlure ", " auto-empoisonnement "). La même stratégie de recherche a été utilisée pour chaque base de données.

**Critères d'inclusion et d'exclusion :** Seuls les ECR dont les participants étaient âgés de moins de 18 ans au début de l'étude ont été inclus. Les études devaient assigner de façon aléatoire les participants à une condition de traitement ou de contrôle et évaluer les SITB après le traitement. les études qui évaluaient des résultats connexes ou composites ont été exclues. Les études ont également été exclues si elles n'étaient pas disponibles en anglais.

**Résultats :**

Les analyses ont porté sur 558 tailles d'effet provenant de 112 articles et 110 **ECR** (méta-analyse d'essais contrôlés randomisés) uniques.

**Estimations de l'effet et biais de publication :**

**Idées suicidaires.** Pour l'idéation du suicide, les résultats binaires comprenaient 126 tailles d'effet et ont donné un effet de traitement non significatif de 1,03 (IC à 95 % [0,92, 1,14], p = 0,65).

**Tentative de suicide.** Les analyses concernant les tentatives de suicide comprenaient 53 tailles d'effet et ont donné un effet de traitement non significatif de 1,21 (IC à 95 % [0,95, 1,55], p = 0,13).

**Décès par suicide.** Les analyses concernant le décès par suicide comprenaient six tailles d'effet et ont donné un effet non significatif du traitement de 0,77 (IC à 95 % [0,47, 1,26], p = 0,30

**L'automutilation indépendamment de l'intention suicidaire**: Les analyses évaluant les résultats binaires de l'automutilation comprenaient 30 tailles d'effet et ont donné un effet non significatif du traitement de 0,99 (IC à 95 % [0,80, 1,21], p = 0,90).

**Les hospitalisations:** Les analyses des résultats binaires des hospitalisations comprenaient huit tailles d'effet et ont donné un effet non significatif du traitement de 1,11 (IC à 95 % [0,89, 1,39], p = 0,33).

**Analyses modératrices :**

**Année de publication.** L'année de publication n'a pas modéré de manière significative les résultats des analyses groupées des résultats binaires de la SITB ou des résultats continus de la SITB, ou pour les résultats spécifiques de la SITB.

**Âge moyen et groupe d'âge.** Ni l'âge moyen de l'échantillon, ni le groupe d'âge de l'échantillon n'ont modéré de manière significative les résultats des analyses groupées des résultats SITB binaires ou continus, ou pour tout résultat SITB spécifique.

**Proportion de participants femmes/hommes.** un effet modérateur faible et marginalement significatif de la proportion de participants femmes/hommes a été détecté (b = - 0,01, p = 0,05) indiquant des effets légèrement plus forts pour les échantillons avec un plus grand nombre de participants femmes.

**Durée du traitement**. Il n'y a pas eu d'effet modérateur significatif de la durée du traitement dans les analyses groupées des résultats binaires de la SITB ou des résultats continus de la SITB (tableau 3). Un effet modérateur significatif mais faible a été détecté pour l'idéation suicidaire mesurée de façon dichotomique (b = 0,01, p = 0,03) ; une durée de traitement plus longue était associée à des effets de traitement légèrement plus faibles..

**Proportion de participants blancs/non-blancs.**  Il n'y a pas eu d'effet modérateur significatif de la proportion de participants blancs/non-blancs dans les analyses groupées des résultats SITB binaires ou des résultats SITB continus, ou pour tout résultat SITB spécifique.

**Type d'intervention spécifique.** Aucun effet modérateur statistiquement significatif du type d'intervention spécifique n'a été détecté dans les analyses groupées des résultats SITB binaires ou des résultats SITB continus.

**Type de groupe de contrôle**. Aucun effet modérateur statistiquement significatif du type de groupe de contrôle n'a été détecté dans les analyses groupées des résultats binaires des SITB ou des résultats catégoriels.

**Classe de médicaments**. Aucun effet modérateur statistiquement significatif de la classe de médicaments n'a été détecté lorsque les SITB ont été mesurés de manière dichotomique ou continue, que ce soit dans les analyses groupées ou pour les résultats spécifiques des SITB.

**Sévérité de l'échantillon**. Aucun effet modérateur statistiquement significatif de la sévérité de l'échantillon (c'est-à-dire général, clinique, SITB) n'a été détecté lorsque les SITB ont été mesurés de manière dichotomique ou continue, que ce soit dans les analyses groupées (tableau 4) ou pour des résultats SITB spécifiques.

**Type de cible de l'intervention.** Aucun effet modérateur statistiquement significatif de la cible de l'intervention (c'est-à-dire psychopathologie, SITB, autre) n'a été détecté.

**Composantes du traitement.** Aucun effet modérateur statistiquement significatif des composantes du traitement n'a été détecté.

**Qualité des études.** Dans les analyses groupées des résultats SITB binaires, un effet modérateur significatif de la qualité "forte" de l'étude a été détecté de sorte que les participants à la condition active étaient plus susceptibles de subir des SITB (RR = 2,57 [1,34, 4,93], p < 0,01).

**Formation du thérapeute et adhésion.** Aucun effet modérateur statistiquement significatif de la formation du thérapeute avant le traitement ou des contrôles d'adhésion n'a été détecté.

**Discussion :**

L'objectif de cette méta-analyse était d'évaluer l'efficacité des interventions SITB chez les enfants et les adolescents. **Il est frappant de constater que presque tous les effets de l'intervention n'étaient pas significatifs**, malgré une puissance suffisante pour détecter même des effets très faibles.

Dans l'ensemble, les participants du groupe actif des ECR inclus étaient à peu près aussi susceptibles de subir des SITB après le traitement que les participants du groupe témoin. Ces résultats sont cohérents avec les preuves méta-analytiques émergentes sur l'efficacité des interventions SITB. La présente étude est une extension d'un effort méta-analytique plus large qui a trouvé que les effets du traitement SITB dans tous les groupes d'âge sont faibles.

La plupart des interventions examinées n'étaient pas initialement destinées à cibler les SITB, mais plutôt la psychopathologie au sens large. Les causes des SITB restant inconnues, les interventions existantes spécifiques aux SITB peuvent ne ciblent peut-être pas efficacement les processus causaux qui sous-tendent les SITB. Comme la majorité des interventions examinées étaient conçues pour cibler la psychopathologie au sens large, plutôt que les SITB en particulier, les chercheurs ont peut-être choisi de minimiser le temps consacré à l'évaluation des SITB en s'appuyant sur des mesures à un seul item.

Bien que la plupart des interventions psychosociales aient été décrites comme étant " développées " ou " adaptées " pour les jeunes, la plupart étaient basées sur des interventions existantes chez les adultes. L'omniprésence des interventions uniquement médicamenteuses est remarquable, car aucun médicament n'a été spécifiquement développé pour cibler les SITB35, et les médicaments sont rarement formulés spécifiquement pour un usage pédiatrique. Par conséquent, les dosages peuvent ne pas avoir été optimisés pour le traitement des SITB chez les jeunes.

La principale recommandation pour les recherches futures est d'accorder la priorité à l'identification des mécanismes causaux sous-jacents aux SITB au moyen d'expériences, ce qui facilitera l'identification de cibles thérapeutiques viables.

**Conclusion :**

**Cette méta-analyse indique que la plupart des interventions SITB auprès des jeunes produisent des effets de traitement non significatifs**. Les résultats sont largement cohérents dans le temps, indépendamment du type d'intervention, du type de résultat du SITB et des caractéristiques des échantillons et des études.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Dr. Omar EL OUMARY

Service de psychiatrie - CHU Souss Massa.

Aout 2022