UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE SANTÉ

Année 2025

2025 TOU3 1034
2025 TOU3 1035

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Isana CROS et Marion FILHOL

Le 10 juin 2025

EXISTE-T-IL UN IMPACT DE L'UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX CHEZ L'ADOLESCENT SUR LE RISQUE SUICIDAIRE ?

REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Directrice de thèse : Dr Virginie QUENTIN

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY	**Président**
Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD	**Assesseur**
Madame le Docteur Virginie QUENTIN	**Assesseur**

Université de Toulouse

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
Faculté de santé

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2024-2025

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel
Professeur Honoraire	M. AVET-LOISEAU Hervé
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick
Professeur Honoraire	M. CANTAGREL Alain
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe
Professeur Honoraire	M. CHOLLET François
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. DIDIER Alain
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOMMUN Bernard
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. LARRUE Vincent
Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. LEVADE Thierry
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROUSSEAU Hervé
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALLES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. SENARD Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Mise à jour le 09/04/2025

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Professeurs Emérites

Professeur Emérite	M. BUJAN Louis
Professeur Emérite	M.CARON Philippe
Professeur Emérite	M. CHAP Hugues
Professeur Emérite	M. CLANET Michel
Professeur Emérite	M. DIDIER Alain
Professeur Emérite	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Emérite	M. LANG Thierry
Professeur Emérite	M. LAROCHE Michel
Professeur Emérite	M. LAUQUE Dominique
Professeur Emérite	M. LEVADE Thierry
Professeur Emérite	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Emérite	M. MARCHOU Bruno
Professeur Emérite	M. MESTHE Pierre
Professeur Emérite	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Emérite	M. PARINI Angelo
Professeur Emérite	M. PERRET Bertrand
Professeur Emérite	M. ROQUES LATRILLE Christian
Professeur Emérite	M. SERRE Guy
Professeur Emérite	M. SIZUN Jacques
Professeur Emérite	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Emérite	M. VIRENQUE Christian
Professeur Emérite	M. VINEL Jean-Pierre

Mise à jour le 09/04/2025

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHAYNES Patrick (C.E.)	Anatomie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GEERAERTS Thomas (C.E)	Anesthésiologie et réanimation
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine (C.E)	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Mise à jour le 09/04/2025

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LANGLAIS Tristan	Chirurgie infantile
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. RAPOSO Nicolas	Neurologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés de Médecine

M. SIBAUD Vincent	Dermato. Vénérologie

Mise à jour le 09/04/2025

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BAUDOU Eloise	Pédiatrie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
Mme BOST Chloé	Immunologie
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. COMONT Thibault	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUBUCS Charlotte	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme FABBRI Margherita	Neurologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. GOZE Tudi	Psychiatrie d'adultes
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KARSENTY Clément	Cardiologie
M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme LARGEAUD Laetitia	Hématologie
Mme LEGRAND - ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
Mme WEYL Ariane	Anatomie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés de Médecine Générale

M. CHABARDES Arnaud
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
Mme FRAY Isabelle
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian
M. VERGES Yohann

Mise à jour le 09/04/2025

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

À notre présidente de jury,

Madame le Professeur Julie DUPOUY, professeur des universités de Médecine Générale, médecin généraliste,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail de thèse.

À nos maîtres et juges,

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD, professeur des universités de Pédiatrie, praticien hospitalier,

Vous nous faîtes l'honneur de participer à notre jury. Vous avez été notre premier contact avec la pédopsychiatrie lors des cours d'externat. Vous nous avez transmis vos connaissances et votre passion.

À notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Virginie QUENTIN, Médecin généraliste,

Merci pour ta bonne humeur et ton énergie. Tu nous as accompagnées avec ton enthousiasme dès le début de notre travail. Tu as toujours su nous aider à trouver ou retrouver le droit chemin. Tes appels nous permettaient d'y voir plus clair et surtout de nous remotiver. Nous te remercions de ton implication infaillible dans l'enseignement et l'accompagnement que tu apportes aux internes.

REMERCIEMENTS PERSONNELS D'ISANA

À ma mère, qui m'a toujours accompagnée dans toutes les étapes de ma vie et surtout tout au long de mes études pour me les rendre plus faciles. Tu savais quand il valait mieux ne pas poser de questions, et tu savais toujours trouver les mots pour me remonter le moral dans mes périodes de doute. Tu es toujours là pour nous, donnant tout ce que tu pouvais pour que nous puissions grandir et nous épanouir dans les voies que nous avons choisies. Tu es le modèle de la super maman et de la super mamie. Merci pour tout.

À mon père, que j'ai toujours martyrisé mais qui m'a toujours soutenue. Avec maman, votre éducation m'a menée à la personne que je suis aujourd'hui. Pour ça, je ne pourrai jamais vous remercier assez. Tu me sortais de mes révisions interminables pour faire du sport et me vider la tête. Tes conseils, dans tous les aspects de la vie, restent parmi les plus précieux. Merci.

À mes frères, belles sœurs, neveu et nièce, Alex et Marco, vous m'avez appris le partage, la bagarre et surtout à grandir plus vite grâce à vos expériences.
Alex, Amélie et les petits, votre présence me permet toujours de m'évader et de penser à autre chose dès que je vous vois. Votre dévouement dans l'éducation des petits est une inspiration.
Marco et Christelle vous êtes toujours là avec votre présence chaleureuse, vos précieux conseils, et nos aventures culinaires, même celles qui tournent mal (souvent à cause de moi). Pour tous les appels en catastrophe parce que j'ai mal lu mes bouquins de recette et que je ne sais pas récupérer mes bêtises, merci.

À mes grands-parents, toujours présents pour m'accompagner et me faire grandir. À mamie Josette, partie avant ma thèse qui t'intéressait tant, j'espère que tu es fière de moi. À papi Jeantou, ta vaste connaissance sur la vie notamment celle d'autrefois et sur l'histoire est une source d'inspiration et de discussions inépuisables. À mamie Maryse, qui m'a toujours soutenue et m'a initiée à la passion de la cuisine, m'enseignant l'art de cuisiner avec intuition et amour. À papi Bernard qui m'a transmis sa passion de la lecture, des collections, des livres de cuisine, la cuisine elle-même et le sport.

À mes copines, à Eloïse avec qui on a tant parlé (trop ?), de nos débuts en Cardio valves et coronaires en P2 avec les fluos pour m'expliquer la génétique à aujourd'hui. Ta capacité à t'adapter en toutes circonstances ne cessera jamais de m'impressionner. À Camille et Marie, rencontrées en P2 grâce à Marion. À Camille tu m'as toujours inspirée, dans ton organisation à

100 à l'heure et dans ton dévouement à ta famille, à tes passions et à tes études. À Marie, toujours présente pour aider ou pour rigoler, ton dévouement envers autrui est ta plus grande force mais tous les animaux n'ont pas besoin de ton aide Marie ! À Juju et DD avec qui je rigole toujours autant quand on se voit malgré les années et l'éloignement géographique.

À mes co-internes, avec qui on débriefait de nos journées et surtout on rigolait beaucoup. À Bethan et Biké avec qui nos débats interminable à l'internat de Lourdes étaient si enrichissants. À la coloc de Villefranche (Juliette, Théo, Lucas, Jean, Élise, Caro, Marion et les autres) où nous avons partagé de longues conversations et éclats de rire, entre les histoires de mère Castor, les potins de l'hosto et les secrets des cabinets –qui, finalement n'étaient pas si secrets. À la team Dalmon : Lucette, le Crystal de la connaissance (et du savoir) et Marion (toujours), c'était si agréable de travailler ensemble tout en s'amusant autant.

À mes chefs, toute l'équipe des urgences de Lourdes (Matthieu, Jean Phi, JEB, Emeric, Quentin, Micka, Nico, Kéké, Malo, Mimi, les filles …) qui nous ont accueillis au sein de leur petite famille atypique, pour nous faire apprendre dans les meilleures conditions aux urgences.
Aux Mauvezinois, Fabien qui m'a appris à communiquer et à réfléchir sur ma pratique, à Sylvie qui m'a appris sa rigueur et son dévouement pour les patients, à Lois qui m'a appris par son expérience à débuter en médecine générale et à Cécile qui m'a appris beaucoup de potins, à utiliser le pschitt pour déboucher les oreilles et à comprendre le Tougetois.
À Sandrine, tu m'as tant appris par ta pratique variée, ton dévouement à tes patients, à ta famille et à tous ceux qui sont dans le besoin.
Aux Villefranchois, Véro tu as réussi à me faire comprendre et apprécier le diabète, ton implication envers tes patients, tes internes et l'hôpital sont une source d'implication. Marie-Lucie, je pense toujours à toi quand je rédige un courrier grâce à ta rigueur et à ton organisation.

À Marion, à toi. De notre rencontre en speed dating d'anglais à notre thèse (avec ton attitude ministérielle), quel chemin parcouru et toujours ensemble. À toutes nos discussions philosophico-historico-logorrhéiques, à tous nos rires, à tous les pleurs, à ceux passés et à ceux à venir. À nos obsessions communes, à nos craquages dangereusement contagieux, à notre correspondance (à poursuivre). À toutes les choses qui nous restent à voir et vivre ensemble. À notre thèse, pendant laquelle on a réussi à rire malgré la difficulté. Comme disait l'ami Montaigne, « Parce que c'était lui; parce que c'était moi ». Merci pour tout Martoune.

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE MARION

A mon Papa et à ma Maman, que dire … Vous avez toujours été là à mes côtés depuis le début et vous l'êtes encore aujourd'hui. Tout a commencé par les larmes de Papa sur le parking du lycée le jour où je vous ai annoncé que je ferai médecine. Vous avez été mon soutien infaillible depuis le début de cette aventure, à trouver les mots justes quand il le fallait et ne rien dire quand il le fallait aussi. Vous avez eu confiance en moi dans des moments où moi-même je me sentais perdue. Merci Maman pour toutes ces discussions sans fin que nous avons eu ensemble, sur mes projets futurs et nos multiples pauses/promenades sur le chemin des chevaux pendant toutes ces années. Ton petit rouleau compresseur est allé bien loin ! Merci Papa pour ces superbes sorties sportives dont je ne me lasse pas, qui me permettent de poser mon cerveau à côté, de m'évader en ta compagnie (de devenir une championne de ski de fond pendant le temps d'une sortie) et de tout reprendre du bon pied. J'ai encore tant de choses à vous dire pour vous remercier mais une thèse ne serait pas assez. Tout simplement, Maman, Papa, merci pour tout.

A mes sœurs, beaux-frères, neveu et nièces, les filles, vous êtes avec moi quoi que je fasse, que vous soyez à 10 km ou à 10 000 km. Merci les filles de m'avoir écoutée quand j'en avais besoin. Merci ma So pour ton soutien, tes conseils, ton regard averti et bien-sûr, les bons petits gouters chez toi à Foix. Merci ma Do d'avoir cru en le Dr FILHOL bien avant moi. Merci Annec pour notre cohabitation dans la résidence du caducée aux cookioches du confinement, et n'oublie pas « we are the tip of the sword, always ». Astrid, Gladys, Orso, Anna & Evey-Grace**,** vous êtes arrivés au cours de cette aventure pour la rendre encore plus vivante et pleine de surprises.

A Mam'Yvette, tu es un pilier dans ma petite vie. Immuable tu es toujours là pour veiller sur moi ! Merci beaucoup pour tout ce temps qu'on a pu passer ensemble de La Verdarié jusqu'aux promenades dans les belles forêts de mélèzes de Bessans.

A Laïka, comment parler médecine sans parler de ma compagnie de tous les moments. Des leçons de P1 que je lui récitais, à ses ronflements apaisants lors des révisions de l'internat en passant par son regard doux, elle a toujours été là et elle est encore aujourd'hui, à roupiller à mes côtés alors que je rédige ces remerciements.

A mes amis et co-internes, à Marie et notre rencontre au tutorat (4x4 c'est toujours aussi dur haha), Camille et nos petits exercices sur les escaliers du caducée lors du confinement et à Eloïse et tes bottes texanes des urgences pédiatriques.
Aux co-internes de l'internat de Lourdes Bethan et Biké, à nos débats endiablés au cours de nos multiples soirées tisanes !
A la super coloc de la Villa de Graves de Villefranche-de-Rouergue, à cette belle petite famille Amish, Théo, Juliette, Elise, Jean et bien sur mes acolytes de service Caroline dit le Crystal de la connaissance, Lucas dit Lucette et Isana dit Tisano.

A mes chefs et séniors, à Maya, tu as été là dès les premiers jours de mon internat de médecine générale en tant que tutrice et nous avons remis le couvert ensemble pour un super stage SFE qu'on n'a pas vu passer ! Merci beaucoup pour ton enseignement et tes précieux conseils. Merci pour ces fous rires perpétuels, sur un parfum d'insolence bien sûr !
A toute l'équipe du service des urgences de Lourdes notamment Jean-Eudes, Jean-Phi, Myriam, Malo, Magali, Micka, Matthieu, Quentin, Emeric, Kévin et Nico ! Merci de nous avoir accueillis les bras ouverts dans la grande famille des lourdais dès le début de notre internat.
A l'équipe de l'hôpital de Villefranche-de-Rouergue : A Marie-Lucie et Gilles pour m'avoir fait découvrir le merveilleux monde de la gériatrie, à Pascale pour celui en Pneumologie et Véronique pour mon stage éclair en diabétologie.
A l'équipe de la MSP du FOSSAT, Julie, Elsa, Bernard, Virginie, Emma et Léa merci de m'avoir donné le gout pour la médecine générale à la campagne ! A Myriam, Flo et Léty, la team secrétariat, toujours fidèle au poste.

A Isana, comment terminer ces remerciements sans remercier ma co-thésarde et ma complice depuis tant de temps. De notre speed dating d'anglais en P2, au Kayak dans l'Aveyron ou nos multiples excursions souterraines ou encore au bivouac au lac d'Arratille, tu as été de toutes les aventures. A nos discussions sans fin, qui dégoulinaient et qui dégoulinent encore sur des détails de l'histoire qui n'intéressent personne mais qui nous nous enflamment. A nos échanges passionnés sur nos achats compulsifs ou autres hobbies du moment. A nos discussions muettes où tout passe par un regard. Merci Isana d'avoir croisé mon chemin sur lequel nous évoluons toutes les deux depuis maintenant presque 10 ans. Merci ma Tisano.

ABRÉVIATIONS

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

APA : American Psychological Association

AMSTAR : Assessment of Multiple Systematic Reviews

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CONSORT : CONsolidated Standards Of Reporting Trials

COVID 19 : pandémie de coronavirus 2019 OU maladie à coronavirus 2019

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Isana CROS

IMRAD : Introduction, Méthode, Résultats et Discussion

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

IS : Idée Suicidaire

LGBTQ+ : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans, Queer et autres

MeSH : Medical Subject Heading

MF : Marion FILHOL

NP : Niveau de Preuve

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PICO : Population, Intervention, Comparaison, Outcome

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

SD : Standard Deviation

STROBE : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TEL : Thèses En Lignes

TS : Tentative de Suicide

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères PICO
Tableau 2 : Équations de recherche des principales bases de données
Tableau 3 : Équations de recherche de la littérature grise
Tableau 4 : Résultats des études observationnelles
Tableau 5 : Résultats des revues de la littérature
Tableau 6 : Lien durée d'utilisation des réseaux sociaux et risque suicidaire
Tableau 7 : Articles retrouvant une association entre le type d'utilisation et les comportements suicidaires

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Check-list PRISMA
Annexe 2 : Grille CONSORT
Annexe 3 : Grille STROBE
Annexe 4 : Grille AMSTAR 2
Annexe 5 : Grille de classification générale du niveau de preuve d'une étude (HAS)
Annexe 6 : Calcul du coefficient kappa

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 15

II. Matériel et méthode 17

A. Élaboration des critères de sélection 17

B. Stratégie de recherche 18

C. Sélection des articles 21

D. Évaluation de la qualité méthodologique des études 21

E. Extraction des données 22

F. Analyse des données 22

G. Veille scientifique 22

III. Résultats 23

A. Sélection des articles 23

B. Définitions 25

1. Cluster suicidaire 25
2. Cyber harcèlement ou harcèlement en ligne 25
3. Cyber intimidation 25
4. *Cybervictimization* 26
5. Trouble de l'internalisation 26

C. Extraction des données 26

D. Synthèse des données 46

1. Lien réseaux sociaux et risque suicidaire 46
   a) Automutilation 46
   b) Idées suicidaires 46
   c) Tentatives de suicide 46
   d) Suicide 46
2. Lien entre type d'utilisation des réseaux sociaux et risque suicidaire 47
   a) Durée d'utilisation 47
   b) Type d'utilisation 47
   c) Cyber harcèlement et risque suicidaire 48
3. Lien entre utilisateurs et risque suicidaire 49
   a) Genre de l'utilisateur 49
      (1) Les filles 49
      (2) Les garçons 49
      (3) Les transgenres et non binaires 49
   b) Âge de l'utilisateur 50
   c) Antécédent de l'utilisateur 50
   d) Orientation sexuelle de l'utilisateur 50
   e) Réponse émotionnelle et expériences de l'utilisateur 50

IV. Discussion 52

A. À propos des résultats 52

1. Pourquoi tant d'hétérogénéité des résultats 52
   a) Les définitions et traductions 52
   b) Recrutement 52
   c) Différents outils de mesure 52
   d) Le type d'utilisation 53
   e) Qualité méthodologique des études 53
2. Pourquoi un niveau de preuve scientifique faible des études 53

3. Veille 54
B. Forces de l'étude 54
C. Limites de l'étude 54
D. Réponse à la question de recherche 55
E. Application à la médecine générale 56
F. Ouverture 56
V. Conclusion 57
Bibliographie 58
Annexes 64

I. Introduction

Récemment, nous avons vu apparaître dans notre société une inquiétude grandissante vis-à-vis de l'utilisation des réseaux sociaux par les adolescents avec les questions du cyber harcèlement, des addictions, ou encore de leur impact sur la santé mentale.

Depuis le début des années 2000, de nombreux réseaux sociaux ont vu le jour tels que Facebook en 2004 (1), Twitter en 2006 (2), Instagram en 2010 (3), Snapchat en 2011 (4) et plus récemment Tik Tok en 2016 (5). Leur utilisation s'est progressivement démocratisée pour toutes les tranches d'âge de la population française avec une prépondérance d'utilisation pour la tranche des 16-24 ans avec 73,2% selon l'INSEE (6).

Les enfants se connectent de plus en plus tôt seuls à internet. L'âge de la première inscription d'un enfant sur un réseau social en France serait de 8 ans et demi d'après la CNIL (7) alors même qu'il est interdit aux moins de 13 ans d'utiliser les réseaux sociaux.

Cette problématique d'actualité a fait l'objet d'une loi promulguée le 7 juillet 2023 afin de mieux protéger les enfants et adolescents en établissant une majorité numérique à 15 ans, âge limite nécessaire pour s'inscrire seul sur les réseaux sociaux (8).

De manière générale, l'usage des réseaux a connu un accroissement notable à l'échelle mondiale en lien avec la pandémie de COVID 19 et ses divers confinements. En effet, pendant cette période une augmentation d'utilisation des réseaux sociaux d'environ 20% à l'échelle internationale (9) a pu être observée, principalement pour le réseau Tik Tok surtout utilisé par les adolescents (10). Cet usage avait pour but essentiellement de s'informer, de travailler ou étudier à distance mais également d'éviter l'isolement social (10).

Lors de nos stages, notamment aux urgences, nous avons perçu l'importance et les conséquences directes de l'utilisation du téléphone portable et des réseaux sociaux sur ces patients. Nous avons aussi été confrontées à la difficulté de leur retirer (dans le cadre d'hospitalisation) cet outil qui leur semble si nécessaire à leur bien-être.

Nous avons dû faire face à des adolescents en difficultés consultant pour idées suicidaires ou tentatives de suicide. Nous nous sommes donc retrouvées face à ces situations qui sont extrêmement complexes.

De ce fait, nous avons souhaité nous intéresser à l'adolescence, à la santé mentale et à l'usage des réseaux sociaux.

L'OMS définit l'adolescence comme étant "la période de vie entre l'enfance et l'âge adulte" soit entre 10 et 19 ans (11). Elle est caractérisée par une importante croissance associée à des modifications physiques majeures ainsi qu'à un développement à la fois cognitif et

psychologique (11). C'est une période marquée par une intense recherche identitaire qui aboutit à la construction du futur adulte. L'ensemble de ces changements rendent l'individu vulnérable, en proie à une grande fragilité face aux multiples incertitudes rencontrées au cours de cette période clé de l'existence.

De ce fait, l'adolescent est en proie à de nombreux troubles mentaux (1 adolescent sur 7), la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement étant les principales causes de morbidité chez l'adolescent (12).

Le suicide fait partie d'une des principales causes de décès chez l'adolescent, c'est la quatrième cause de décès dans le monde chez l'adolescent de 15 à 19 ans (12), accompagnée des accidents de la voie publique ainsi que des violences interpersonnelles (11). Cette tendance s'illustre notamment en France par un taux d'hospitalisation maximal pour tentative de suicide concernant les femmes de 15 à 19 ans (13).

Rappelons que le risque suicidaire comprend à la fois (14) :

- Les facteurs de risque de passage à l'acte : antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide, troubles psychiatriques, traits de personnalité, expression d'idées suicidaires, antécédents de maltraitance, difficultés personnelles et/ou professionnelles, l'isolement social, difficultés dans son propre développement, le phénomène d'imitation suivant le suicide d'un proche
- Les facteurs protecteurs de passage à l'acte : la résilience, le soutien social et familial, le fait d'avoir des enfants, les croyances religieuses
- L'urgence de la situation : le patient a-t-il déjà un scénario, une date, un moyen de passage à l'acte
- La dangerosité du moyen à disposition

Face à toutes ces difficultés, l'adolescent peut être amené à se tourner vers des supports tels que les réseaux sociaux pour s'exprimer, échanger, se divertir, se rassurer, se comparer, trouver un modèle, un guide.

Ainsi, nous avons voulu savoir si l'utilisation des réseaux sociaux dans la population adolescente avait un impact sur le risque suicidaire de cette même population. Pour répondre à notre question de recherche, il nous a semblé pertinent d'établir une revue systématisée de la littérature. L'objectif secondaire de cette étude serait de prévenir ce risque le cas échéant.

II. Matériel et méthode

Une revue systématique de la littérature, a donc été effectuée de septembre 2023 à mars 2025, selon les recommandations internationales PRISMA de 2020 (15) (*Annexe 1*). Le travail de recherche fut mené par deux chercheuses (IC et MF), auteures de la thèse.

A. Élaboration des critères de sélection

Notre question de recherche a été élaborée grâce à la méthode PICO, les différents critères figurant dans le tableau 1.

Tableau 1 : Critères PICO

Population	Adolescents du monde entier âgés de 10 à 19 ans
Intervention	Exposition aux réseaux sociaux
Comparaison	Non applicable
Outcome	Impact sur le risque suicidaire

- Critères d'inclusion des articles :
    - Population : adolescents de 10 à 19 ans, des deux sexes, originaires du monde entier. Initialement, nous souhaitions baser notre étude sur la France mais le nombre de résultats trouvés était insuffisant afin de réaliser notre étude. Nous avons donc élargi notre population d'intérêt.
    - Type d'intervention : exposition à tout type de réseau social (Snapchat, Instagram, Tik Tok, Facebook, X ou Twitter…)
    - Pathologie d'intérêt : suicide, risque suicidaire, idées suicidaires, tentatives de suicide
    - Type d'article : tout article de recherche au format IMRAD accessible à l'analyse qui répond à la question de recherche, écrit dans les langues suivantes: français, anglais ou espagnol.
    - Période étudiée : articles s'intéressant à la période de 2016 à 2024. Nous avons choisi 2016 comme date de début car cette date représente l'arrivée du réseau

social Tik Tok. Les études sélectionnées s'intéressent donc à la totalité des réseaux sociaux actuellement utilisés.

- Critères d'exclusion des articles :
    - Doublons d'articles
    - Âge < 10 ans ou > 19 ans
    - Tout article ne répondant pas à la question de recherche
    - Tout article qui n'est pas en anglais, français ou espagnol
    - Tout article portant sur des données antérieures à 2016
    - Tout article concernant des études en cours
    - Tout article dont le type d'étude est non précisé
    - Tout article concernant des études dont la méthodologie n'est pas adaptée à la question de recherche

À noter que certains articles n'ont pas été inclus dans notre étude malgré le respect des critères d'inclusion et d'exclusion, car ces derniers n'étaient pas disponibles à la lecture complète malgré les demandes d'accès faites auprès des auteurs concernés.

B. Stratégie de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons identifié les mots clés MeSH suivants : social media, social medium, adolescent, teenager, teen, suicide, suicidal ideation, suicide attempt, completed suicide, fatal attempt, fatal suicide.
Afin de répondre à cette question, nous avons interrogé les bases de données suivantes : PubMed, Cochrane, Embase, Web of science.
Afin de limiter les biais de sélection, nous avons aussi effectué une recherche manuelle de la littérature grise sur : Google Scholar, Sudoc, Cairn, PubPsych, American Academy of Pediatrics (AAP), PsycNet, Isidore, Sage journal, HAS, DUMAS et TEL.

Cependant, en cours d'étude, la base de données Cairn a subi une mise à jour rendant notre équation de recherche obsolète et non fonctionnelle, rendant impossible la réalisation d'une actualisation des articles en fin de période de recherche. Nous avons décidé en accord avec notre directrice de thèse de conserver au sein de notre étude les articles trouvés avant la mise à jour.
Les équations de recherche sont présentées en tableau 2.

Tableau 2 : Équations de recherche des principales bases de données

Base de données	Équation de recherche
PubMed	((((adolescents) OR (teen)) OR (teenagers)) AND ((social media) OR (social mediums))) AND (((suicide) OR (suicide attempts)) OR (suicidal ideation)) + Filtres langues : english, french, spanish + Filtre Date : 2016 à 2024
Cochrane	adolescent in All Text AND social media in All Text AND suicide in All Text + Filtre date : 01/01/2016-30/09/2024
Web of Science	((ALL=(adolescent)) AND ALL=(social media)) AND ALL=(suicide) + Filtre langues : english, french, spanish + Filtre date : 2016-2024
Embase	('adolescent'/exp OR adolescent) AND 'social media' AND suicide AND [2016-2024]/py AND ([english]/lim OR [french]/lim OR [spanish]/lim)

Tableau 3 : Équations de recherche de la littérature grise

Base de données	Équation de recherche
Google scholar	Ado* reseau* socia* suicid* + filtre date 2016-2024 + filtre "article de revue" + filtre " à n'importe quel endroit de l'article" + "filtre langue : français, anglais, espagnol"
Sudoc	Ado* réseau* socia* suicid*+" filtre langue" + "filtre type de document article"
Cairn	adolescent ET réseaux sociaux ET suicide + filtre accessible via mon institution + filtre revue + filtre dans les 10 ans
PubPsych	ado* reseau* socia* suicid* PY>=2016 PY<=2024
PsycNet	Any Field: ado* *AND* Any Field: social media *AND* Any Field: suicid* *AND* Year: 2016 *To* 2024
Isidore	ado* and "Reseau* socia*" and suicid*+ filtre TOUT pour les trois termes + Filtre langue (anglais, français, espagnol) + filtre date (2016-2024) + filtre type de document (article)
Sage journal	ado* social media suicid* + filtre date + all content + review article + open access
HAS	Ado* ET reseau* socia* ET suicid* (tous les mots) + filtre date (01/01/2016 au 30/09/2024) + filtre type de document (article HAS)
AAP	ado* AND social media AND suicid*+ Filtre All + filtre date (01/01/2016 - 09/30/2024) + filtre journal article
DUMAS	ado* ET réseau* socia* ET suicid*
TEL	ado* AND socia* medi* AND suicid*

C. Sélection des articles

La sélection des articles a été organisée en trois grandes étapes successives, en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés précédemment :

- 1e étape : lecture des titres des différents articles après élimination des doublons
- 2e étape : lecture des résumés des articles sélectionnés
- 3e étape : analyse des textes intégraux des articles restants

Les deux premières étapes ont été réalisées en aveugle, les deux auteures ont sélectionné chacune de leur côté les différents articles qui leur semblaient répondre à la question de recherche et respecter les différents critères. Puis, une mise en commun des références a été réalisée afin d'établir une liste d'articles à lire dans leur intégralité lors de la troisième étape.

Nous avons étudié la concordance des résultats trouvés par les deux chercheuses à l'aide du coefficient kappa.

D. Évaluation de la qualité méthodologique des études

Afin d'évaluer la qualité méthodologique des études sélectionnées, nous avons utilisé des grilles d'évaluation spécifiques à chaque type d'étude :

- Pour les études interventionnelles randomisées : grille CONSORT (16) (*Annexe 2*)
- Pour les études observationnelles (cas-témoins, transversale, étude de cohorte) : grille STROBE (17) (*Annexe 3*)
- Pour les revues systématiques de la littérature : grille AMSTAR 2 (18) *(Annexe 4)*

Nous avons rempli les grilles d'évaluation en aveugle en cotant chaque item par 0 ou 1. Si l'item n'était pas applicable à l'article étudié, il n'était pas pris en compte dans la note finale. Nous avons ensuite converti les résultats en notation chiffrée sur vingt lors de la mise en commun des grilles de cotation.

La niveau de preuve scientifique a été évaluée à l'aide de la grille de « Classification générale de niveau de preuve d'une étude » de la HAS (19) (*Annexe 5*). Nous avons défini un code couleur faisant référence au niveau de preuve scientifique de l'article : faible, intermédiaire, haut.

E. Extraction des données

Les données des articles ont été extraites à l'aide d'une grille de lecture construite à priori en 7 catégories :

- Pour les études observationnelles : références, méthode, population, objectif, mesures, qualité et résultats principaux de l'étude
- Pour les revues de la littérature : références, méthode, objectif, base de données, critères de sélection, qualité et résultats principaux de l'étude

L'étape d'extraction des données a été effectuée en aveugle, avec par la suite, la mise en commun des différents résultats. Nous avons décidé de classer les titres des articles par ordre alphabétique et par la suite, pour faciliter l'analyse, une lettre de l'alphabet leur a été attribuée.

F. Analyse des données

Nous avons réalisé une synthèse narrative des résultats en comparant et rapprochant les données recueillies dans les tableaux de lecture.

À noter que nous avons rencontré des difficultés vis-à-vis de termes employés dans certains articles pour lesquels nous avions des difficultés de traduction. En effet, certains termes utilisés en anglais semblaient apporter plus de nuances par rapport à la traduction française. Afin d'apporter des précisions sur ces termes employés et trouver la juste traduction, nous nous sommes rapprochées du service de pédopsychiatrie du CHU de Toulouse et avons contacté l'association e-enfance, association agréée par le ministère de l'éducation.

Le contact avec le CHU de Toulouse nous a éclairé vis-à-vis des notions problématiques. Malheureusement, nous n'avons eu aucun retour de la part de l'association e-enfance.

Les termes que nous n'avons pas pu traduire ont donc été laissés dans leur langue d'origine.

G. Veille scientifique

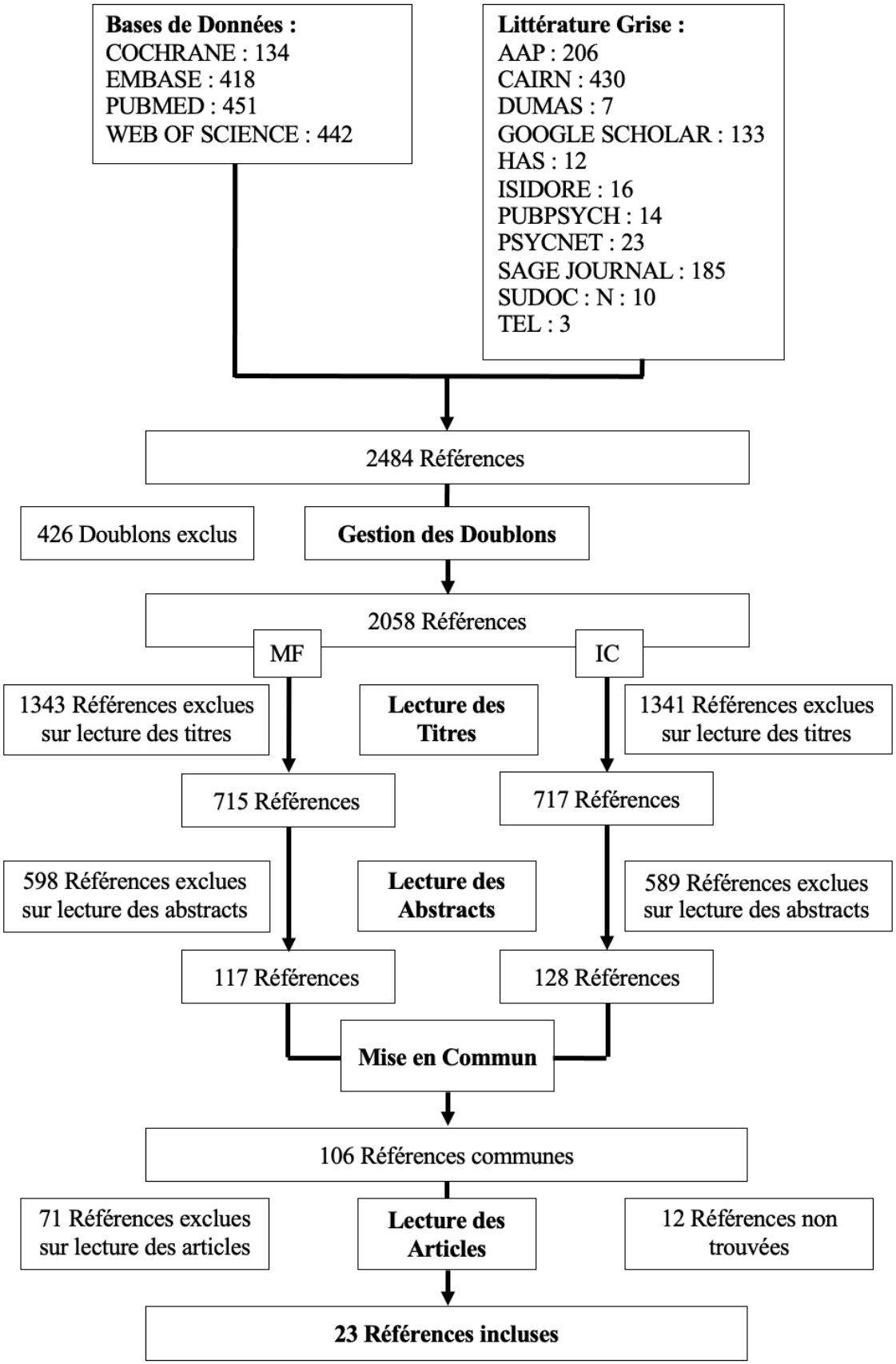
Afin de maintenir à jour les données de notre étude, nous avons procédé à une veille scientifique des bases de données jusqu'à la veille de la date de notre soutenance.

III. Résultats

A. Sélection des articles

Au total, 23 articles ont été inclus au sein de notre revue sur 2484 études recueillies au départ. Les études sélectionnées ont été publiées en anglais entre 2019 et 2024. L'ensemble du processus de sélection des articles a été synthétisé au sein d'un diagramme de flux. Parmi elles, 9 études ont été conduites aux Etats-Unis, 1 à la fois aux États-Unis et en Europe, 3 au Canada, 1 en Norvège, 1 en Pologne, 1 en Malaisie, 1 au Vietnam, 1 à Hong Kong, 2 en Corée du Sud, 1 à Singapour, 1 en Chine, 1 en Thaïlande. Parmi ces études, nous comptabilisons 22 études observationnelles (19 études transversales dont une étude comprenant des études transversales séquentielles, 2 études de cohortes prospectives) et 1 revue de la littérature.

Figure 1 : Diagramme de flux



Nous avons calculé la concordance des résultats trouvés par les deux chercheuses via le coefficient kappa (*Annexe 6*). Ce calcul nous a permis de retrouver une concordance de 95,5% entre les deux chercheuses, démontrant un accord excellent selon Landis et Koch (20).

Après évaluation du niveau de preuve scientifique des études selon la grille d'évaluation HAS, nous obtenons 3 études à niveau de preuve intermédiaire et 20 à niveau de preuve faible. Le faible niveau de preuve de la majorité des articles inclus dans notre étude s'explique principalement par leur méthode transversale, les classant selon la grille HAS dans les études à faible niveau de preuve scientifique.

Par la suite, nous avons évalué la qualité méthodologique des différentes études selon la grille d'évaluation correspondant à la méthode choisie par les auteurs. Comme dit précédemment, chaque item a été noté sur 1 et non coté si non applicable, puis la note a été rapportée sur 20. Les notes obtenues s'échelonnent de 4,6/20 à 18,6/20 avec une **moyenne globale de 14,6/20.**

B. Définitions

1. Cluster suicidaire

Terme désignant une situation dans laquelle un nombre plus élevé de suicides se produit dans une période de temps et un lieu donné, par rapport à la fréquence habituelle des suicides (21). La plupart du temps, le terme de cluster suicidaire est utilisé dès la survenue de 3 décès par suicide dans une période de temps et dans un lieu défini (21).

2. Cyber harcèlement ou harcèlement en ligne

« Le cyber harcèlement est une forme de harcèlement moral, sexuel ou scolaire pratiqué sur internet » (22). Il consiste en des actes répétés qui ont pour but d'humilier, d'isoler ou de détruire psychologiquement la victime (23).

3. Cyber intimidation

La cyber intimidation peut se différencier du cyber harcèlement par le fait que ce soit un acte unique ou ponctuel. Elle vise à exercer une pression ou un contrôle en vue d'obtenir quelque chose de la victime via un chantage (23).

4. Cybervictimization

Terme utilisé quand des jeunes sont victimes de harcèlement, d'humiliation, de gêne, d'intimidation ou encore menacés via les technologies d'information et de communication par un autre jeune (24).

5. Trouble de l'internalisation

Terme utilisé pour regrouper les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés au stress. Ils sont en opposition avec les troubles d'externalisation qui regroupent les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation (25).

C. Extraction des données

Nous avons organisé l'extraction des données provenant des articles sélectionnés sous forme de tableaux détaillant les caractéristiques des différentes études.

Tableau 4 : Résultats des études observationnelles

Références	Méthode	Population	Objectif	Mesures	Analyse des biais
Article A : **A nationwide study on time spent on social media and self-harm among adolescent** Tormoen and al. 2023 (26)	Étude transversale	Norvège Adolescents de 13-17 ans (n = 37 268) À partir d'enquêtes scolaires de 2017-2018 (Ungdata)	Déterminer si l'automutilation est associée au temps passé sur les réseaux sociaux.	Auto-questionnaires	Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)
	STROBE 15,9/20 NP faible	- La probabilité d'automutilation est plus importante chez les adolescents utilisant les réseaux sociaux plus de 3 h par jour. - Association présente chez les filles et les garçons, quel que soit leur âge, qu'ils présentent ou non des signes de dépression. - L'association est plus faible chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs sévères que chez ceux présentant des symptômes modérés ou asymptomatiques.			

Article B : **Associations between social media and suicidal behaviors during a youth suicide cluster in Ohio** Swedo and al. 2021 (27)	Étude transversale	États-Unis Adolescents 12-18 ans (n = 9 733) À partir d'enquêtes scolaires du Centers for Disease Control and Prevention, 2018	Description de la prévalence des comportements suicidaires en période de cluster suicidaire. Étude des comportements suicidaires suite à l'exposition au suicide sur les réseaux sociaux en période de cluster.	Auto-questionnaires en ligne évaluant les idées suicidaires ou les tentatives de suicide avant et pendant une période de cluster suicidaire	Biais de sélection : Adolescents sélectionnés uniquement dans les écoles publiques Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes

	STROBE 18,6/20
	
	NP faible
		- Voir du contenu en rapport avec le cluster suicidaire est :
		  - Associé aux IS en période de cluster
		  - Non associé aux TS en période de cluster
		- Poster du contenu en rapport avec le cluster suicidaire est associé :
		  - Aux IS et TS en période de cluster
		  - Au groupe ayant un haut risque de présenter des comportements suicidaires
		- Influence des antécédents de TS ou IS chez les adolescents :
		  - Sans antécédent : voir ou poster du contenu relatif au cluster suicidaire est associé aux IS ou aux TS pendant le cluster
		  - Avec antécédents : poster du contenu relatif au cluster suicidaire est associé aux IS pendant le cluster			

Article C : **Cross-sectional Study of Factors Associated With Suicide Ideation in Ontario Adolescents**	Étude transversale	Canada (Ontario) Adolescents de 12 à 18 ans (n=5 912) À partir d'une enquête de l'Ontario Student	Évaluer si *l'interpersonal theory* peut être utilisée chez l'adolescent et identifier des facteurs de risque d'idées suicidaires dans cette population.	Auto-questionnaires remplis en classe : deux questionnaires distribués alternativement au hasard dont un évaluant les idées suicidaires	Biais de sélection : Adolescents sélectionnés uniquement dans les écoles publiques Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

Rakoff and al. 2023 (28)		Drug Use and Health Survey De novembre 2016 à juin 2017			
	STROBE 17,1/20 NP faible	- L'utilisation des réseaux sociaux ou le cyber harcèlement n'est pas associé aux IS. - Le harcèlement est associé aux IS alors que le cyber harcèlement ne l'est pas.			
Article D : **Cybervictimization and mental health among Canadian Youth** Kingsbury and Arim 2023 (29)	Étude transversale	Canada Adolescents de 12 à 17 ans (n= 13 602) À partir d'une enquête de la Canadian Health Survey on Children and Youth de 2019	Décrire la proportion d'adolescents canadiens ayant subi de la *cybervictimization*. Examiner les facteurs sociodémographiques en lien avec la *cybervictimization* afin d'en faire des facteurs prédictifs. Examiner les associations entre la *cybervictimization* et les indicateurs de santé mentale des adolescents.	Deux types d'auto-questionnaires un pour les parents, un pour les adolescents.	Biais de sélection : Les comportements suicidaires ne sont évalués que chez les 15-17 ans Étude source excluant les adolescents des réserves indiennes ou vivant en institutions/orphelinats Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes

	STROBE
	16,9/20
	
	NP faible
		- La *cybervictimization* :
		  - Est associée à un plus grand risque d'IS ou de TS
		  - Les adolescents transgenres, non binaires, les adolescents souffrant de maladies chroniques (surtout les filles), les adolescents à faible niveau socio-économique en sont plus à risque
		  - Les adolescents utilisant peu les réseaux en sont moins à risque
		- Les adolescents de 15 à 17 ans ayant été victimes de *cybervictimization* sont plus à risque de suicide et d'avoir des IS.			

Article E : **Digital media-related precursors to psychiatric hospitalization among youth** Nesi et al. 2022 (30)	Étude transversale	Etats-Unis Adolescents hospitalisés en psychiatrie de 11 à 18 ans (n= 343) De février 2020 à mars 2021	Évaluer les raisons d'hospitalisation en psychiatrie liées à l'utilisation des médias numériques. Examiner l'association entre les différents types d'utilisation de ces médias avec les motifs d'hospitalisations.	Auto-questionnaires	Biais de sélection : Adolescents sélectionnés pendant une hospitalisation en psychiatrie Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes
	STROBE 15,2/20 NP Faible	- Les adolescents les plus jeunes et ceux ayant des tendances à l'addiction au téléphone présentaient plus d'hospitalisation en lien avec une restriction de téléphone ou une expérience négative sur les réseaux sociaux. - Les adolescents qui déclaraient comme raison d'hospitalisation une expérience sur les réseaux sociaux relative au suicide (publication ou message) étaient plus addicts à leur téléphone et avaient des IS plus sévères. - Association positive entre le temps quotidien passé sur les réseaux sociaux, les réactions émotionnelles qui en découlent et le suicide.			
Article F : **Digital self-harm and suicidality among adolescents** Patchin and al.	Étude transversale	Etats-Unis Adolescents de 12 à 17 ans (n = 4972)	Étudier l'association entre l'automutilation partagée numériquement et les TS et IS.	Auto-questionnaires distribués par mail	Biais de sélection : Exclut les adolescents non anglophones Biais de classement :

2023 (31)		Mars 2019 À partir d'une enquête nationale			Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes Faible taux de réponse aux questionnaires (15%)

	STROBE 17/20
	
	NP faible
		- Forte association entre l'automutilation, les IS et TS
		- Les adolescents non-hétérosexuels sont plus sujets à l'automutilation, aux IS et aux TS
		- Les adolescents qui postent sur eux anonymement des choses méchantes ont :
		  - 5 fois plus de chance d'avoir des IS
		  - 9 fois plus de chance d'avoir déjà fait une TS
		- Les adolescents qui se sont cyber harcelés anonymement ont :
		  - 7 fois plus de chance d'avoir des IS
		  - 15 fois plus de chance d'avoir déjà fait une TS			

Article G : **Digital sexual violence and suicide risk in a national sample of sexual minority adolescents** Srivastava and al. 2023 (32)	Étude transversale	Etats-Unis Adolescents de 14 à 17 ans, non-hétérosexuels (n = 970) À partir d'une enquête nationale longitudinale s'intéressant aux minorités sexuelles dans la population adolescente	Examiner l'association entre les violences sexuelles numériques (publication non consentie de contenu à caractère sexuel) et le suicide ou les comportements d'automutilation.	Auto-questionnaires	Biais de sélection : Exclusion de la population trans et non binaire Recrutement sur les réseaux sociaux Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

	STROBE 16,4/20 NP Faible	- Menacer de publier du contenu à caractère sexuel sans consentement est associé à un plus grand risque de rapporter des IS, de planifier un suicide ou de TS, surtout chez les femmes et les adolescents les plus jeunes. - Publier du contenu à caractère sexuel sans consentement est associé à un plus grand risque d'IS et de TS, surtout chez les femmes et les adolescents les plus jeunes.			
Article H : **Finding the link between cyberbullying and suicidal behaviour among adolescents in Peninsular Malaysia** Mohd Fadhli and al. 2022 (33)	Étude transversale	Malaisie péninsulaire Adolescents de 13 à 17 ans (n = 1290) De mai à septembre 2021	Évaluer la prévalence du cyber harcèlement et des comportements suicidaires ainsi que l'association entre ces deux phénomènes en Malaisie péninsulaire.	Auto-questionnaires en ligne	Biais de sélection : Exclusion des adolescents ayant peu internet, les adolescents avec handicap (déficience intellectuelle, trouble psycho comportemental envahissant) Peu représentatif des ethnies de Malaisie Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

	STROBE 16,5/20
	
	NP Faible
		- Le cyber harcèlement :
		  - Se produit essentiellement via des messages instantanés ou SMS et peu sur les plateformes de réseaux sociaux à proprement parler
		  - Est un facteur de risque de comportements suicidaires chez la victime et chez le perpétrateur, les filles étant plus à risque d'avoir ce genre de comportements par rapport aux garçons
		- Le risque de comportement suicidaire est réduit de 19% par année supplémentaire vécue par l'adolescent.			

Article I : **Online digital media use and adolescent mental health** Kerr and Kingsbury 2023 (34)	Étude transversale	Canada Adolescents de 12 À 17 ans (n= 13 600) À partir de l'enquête de la Canadian Health Survey on Children and Youth De février 2019 à août 2019	Examiner l'association entre les différents types d'utilisations de médias numériques et la santé mentale des adolescents.	Deux types d'auto-questionnaires un pour les parents, un pour les adolescents.	Biais de sélection : Les comportements suicidaires ne sont évalués que chez les 15-17 ans. Étude source excluant les adolescents des réserves indiennes ou vivant en institutions/orphelinats. Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes

	STROBE
	16/20
	
	NP faible
		- <u>Les filles :</u>
		  - Utilisent plus souvent les réseaux sociaux, les messageries instantanées (chat ou vidéos).
		  - Rapportaient une plus mauvaise santé mentale et un plus grand risque de TS, d'IS
		  - L'utilisation des réseaux sociaux fréquente est associée à une mauvaise santé mentale et à un plus grand risque d'IS, de même pour l'utilisation des messageries instantanées (chat ou vidéos)
		  - L'utilisation des jeux en ligne est associée à une mauvaise santé mentale et à un plus grand risque de TS et d'IS. L'association reste valable en analyse multivariée prenant en compte le cyber harcèlement et les troubles du sommeil
		- <u>Les garçons :</u>
		  - Participent plus souvent à des jeux en ligne
		  - L'utilisation des jeux vidéo n'est pas significativement associée à des problèmes de santé mentale
		  - L'utilisation de messageries électroniques (chat ou vidéos) est associée à une mauvaise santé mentale et à un plus grand risque d'IS			

Article J : **Patterns of social media use among adolescents who are psychiatrically hospitalized** Nesi et al. 2019 (35)	Étude transversale	États-Unis Adolescents de 11 à 18 ans hospitalisés en psychiatrie (n= 433)	Déterminer la prévalence des expériences positives et négatives en lien avec les réseaux sociaux chez les adolescents. Explorer les différentes utilisations des réseaux sociaux en lien avec le diagnostic présenté par l'adolescent.	Auto-questionnaires en début d'hospitalisation	Biais de sélection : Adolescents sélectionnés pendant une hospitalisation en psychiatrie Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

	STROBE
	7,5/20
	
	NP faible
		- Les expériences positives :
		  - Sont déclarées par la majorité des adolescents
		  - Sont de différents types : distraction, soutien ou encouragements des proches
		- Les expériences négatives :
		  - Sont fréquentes et de différents types : sentiment d'exclusion, comparaison négative
		  - Touchent préférentiellement les filles
		- Les adolescents présentant un trouble de l'internalisation :
		  - Ont plus tendance à rapporter des expériences négatives
		  - Visionnent plus de contenu encourageant le suicide ou l'automutilation
		- Peu d'adolescents avaient visionné du contenu encourageant le suicide ou l'automutilation hormis ceux ayant des antécédents de TS.			

Article K : **Positive and negative social media experiences and proximal risk for suicidal ideation in adolescents** Hamilton et al. 2024 (36)	Cohorte prospective	Etats-Unis Adolescents de 14 à 17 ans (n= 60) À partir de l'étude Pathway Linking Use of Social Media to Teen Outcomes, recrutés de janvier 2022 à août 2023 8 semaines de suivi	Comprendre le rôle des réseaux sociaux dans le risque quotidien de présenter des IS.	Auto-questionnaires en ligne pluriquotidiens via les réseaux sociaux	Biais de sélection : Exclusion des utilisateurs d'Iphone, Inclusion d'adolescents avec des IS antérieures à l'étude, large proportion de LGBTQ+ Sélection sur les réseaux sociaux Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)
	STROBE 16,7/20 NP intermédiaire	- Il n'y a pas d'effet démontré entre le temps d'écran et les IS quotidiennes. - Avoir des IS ne permet pas de prédire les expériences futures positives ou négatives. - Les expériences sur les réseaux sociaux, qu'elles soient positives ou négatives, ont un impact sur les IS du jour même, mais pas sur les IS futures. - Les adolescents ayant des expériences négatives sur les réseaux sont plus à risque d'avoir des IS quotidiennes. - Les adolescents ayant des expériences positives sur les réseaux sont moins à risque d'avoir des IS quotidiennes. - Les adolescents qui ont présenté des IS dans leur vie sont plus à même d'avoir des expériences négatives sur les réseaux sociaux.			
Article L : **Positive and negative uses of social media among adolescents hospitalizes for suicidal behaviour**	Étude transversale	Etats-Unis Adolescents de 13 à 18 ans hospitalisés en psychiatrie (n= 30)	Explorer l'utilisation des technologies à visées sociales par les adolescents hospitalisés pour risque suicidaire. Analyser les expériences positives et négatives.	Entretien individuel et auto-questionnaires	Biais de sélection : Inclusion d'adolescents suicidaires hospitalisés, essentiellement caucasiens Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

Weinstein et al. 2021 (37)			Étudier la réaction des adolescents à leur déconnexion durant l'hospitalisation.		
	STROBE 11,5/20 NP faible	- L'utilisation des technologies est associée à la fois à des risques (cyber harcèlement, addiction aux écrans, sentiment d'exclusion, comparaisons) mais également à des bénéfices (divertissement, soutien social, accès aux ressources d'aide). - La plupart des participants ont des expériences mixtes. - La plupart des adolescents ont trouvé bénéfique de ne pas utiliser les appareils électroniques au cours de leur hospitalisation.			
Article M : **Psychological characteristics and addiction propensity according to content type of smartphone use** Lee et al. 2020 (38)	Étude transversale	Corée du Sud Adolescents de 12 à 18 ans (n= 62 276) Enquête en ligne de la 13e Korea Youth Risk Behavior Survey de 2017	Explorer l'association entre le type de contenu visionné sur smartphone et la santé mentale chez les adolescents.	Auto-questionnaires en ligne	Biais de sélection : Sélection en ligne Biais de classement : Pas de catégorie comportant plusieurs types d'usage Biais de mémorisation (auto-déclaration)

	STROBE 16,7/20 NP faible	Le groupe utilisant principalement les réseaux sociaux : - Présente une prévalence plus importante de dépression et d'IS - Est plus à risque de présenter une dépression ou des IS par rapport au groupe utilisant le smartphone pour les études - Présente plus d'utilisation excessive et d'addiction au smartphone - A une prévalence plus importante de stress, de consommation de tabac et d'alcool - Présente plus d'effets négatifs de l'utilisation du smartphone (conflits avec la famille, les amis, faible niveau scolaire à cause de l'utilisation du smartphone)			
Article N : **Psychopathological symptoms and risky behaviors and the use of social networking sites by adolescents**	Étude transversale	Pologne Adolescents de 16 à 19 ans (n=246)	Analyser la relation entre le temps passé sur les réseaux sociaux, les raisons de leur utilisation et l'intensité des symptômes psychologiques.	Auto-questionnaires et utilisation de la Aleksandrowicz's Symptom Checklist 'O'(dépistage de trouble névrotique)	Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

Pawlowska et al. 2024 (39)	STROBE 9,6/20 NP faible	- Les adolescents avec une utilisation prolongée des réseaux sociaux sont plus à risque d'automutilation et de TS. - Chez les filles, plus l'utilisation des réseaux sociaux est importante plus elles sont à risque d'automutilation, alors que les garçons sont plus à risque de TS. - L'utilisation des réseaux sociaux pour publier des photos de vacances est associée aux IS, à l'automutilation et à la planification suicidaire. - L'utilisation des réseaux sociaux pour publier des photos de famille est associée à plus de TS contrairement au fait de s'informer sur les amis qui est associé à moins de TS. - L'utilisation des réseaux sociaux dans le but de se vanter, de commenter les publications des autres, suivre la tendance est associée à de sévères troubles névrotiques (dépression, somatisation, neurasthénie, syndrome de déréalisation-dépersonnalisation) et aux comportements à risque (usage de substance psychoactives).			
Article O : **Psychosocial difficulties and help- seeking behaviors in Singapore adolescents involved in cyberbullying** Ong et al. 2021 (40)	Étude transversale	Singapour Adolescents de 12 à 17 ans (n= 3 319)	Examiner la prévalence du cyber harcèlement chez les adolescents de Singapour et son association avec les problèmes psychosociaux. Étudier les moyens par lesquels les adolescents impliqués dans le cyber harcèlement cherchent de l'aide.	Auto-questionnaires remplis à l'école	Biais de sélection : Exclusion des écoles privées Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Biais d'évaluation : Questionnaires sur le cyber harcèlement, l'automutilation et sur les comportements suicidaires non validés dans cette population

	STROBE
	16,6/20
	
	NP faible
		- La majorité des adolescents de l'échantillon déclarent ne pas être concernée par le cyber harcèlement.
		- Les cyber victimes :
		  - Sont plus souvent des filles
		  - Rapportent plus d'automutilation, d'IS et de TS
		  - La moitié des adolescents identifiés comme cyber victimes déclarent avoir demandé de l'aide auprès d'un proche. Les filles sont plus à même de demander de l'aide
		- Les cyber harceleurs :
		  - Rapportent plus de TS
		- A noter que les garçons sont autant des cyber harceleurs que des cyber victimes.			

Article P : **Quality of life and mental health of adolescents: Relationships with social media addiction, fear of missing out, and stress associated with neglect and negative reactions by online peers** Dam et al. 2023 (41)	Étude transversale	Vietnam Adolescents de 17 ans (SD= 2,8) (n= 1891) De septembre à octobre 2021	Déterminer le taux d'utilisation excessive des réseaux sociaux et les facteurs associés à cette utilisation.	Auto-questionnaires en ligne	Biais de sélection : Sélection en ligne Problématique de définition d'âge Échantillonnage insuffisant Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes

	STROBE
	16,6/20
	
	NP faible
		- Dépression, automutilation et suicide sont plus importants chez les adolescents :
		  - Ayant un temps d'écran élevé
		  - Ayant un score de *Fear Of Missing Out* élevé
		- Automutilation et suicide sont plus importants chez les adolescents :
		  - Ayant une utilisation problématique d'internet
		  - Négligés par les autres utilisateurs
		- La qualité de vie :
		  - Ceux ayant une utilisation problématique d'internet déclarent une qualité de vie moins bonne
		  - Ceux ayant un haut score de *Fear Of Missing Out* ont une qualité de vie supérieure mais sont plus à risque de dépression, d'automutilation et de suicide			

		- Les femmes passent plus de temps sur les réseaux sociaux, elles ont plus d'expériences négatives et subissent plus de négligence. Les hommes sont plus sujets à une utilisation problématique d'internet.			
Article Q : **Relationship of social and behavioral characteristics to suicidality in community adolescents with self -harm: considering contagion and connection on social media** Seong et al. 2021 (42)	Étude transversale	Corée du Sud Adolescents de 11 à 15 ans (n=906) ayant présenté au moins un épisode d'automutilation dans les 12 derniers mois À partir d'une enquête nationale en ligne	Étudier les caractéristiques comportementales et sociales des adolescents coréens ayant un antécédent récent d'automutilation. Identifier comment ces caractéristiques peuvent expliquer le comportement suicidaire tout au long de leur vie.	Auto-questionnaires en ligne	Biais de sélection : Sélection en ligne Inclusion des adolescents ayant présenté un comportement d'automutilation dans les 12 derniers mois seulement. Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)
	STROBE 16,3/20 NP faible	- Chez les adolescents ayant un antécédent d'automutilation, publier du contenu sur l'automutilation est associé à une augmentation du risque de comportement suicidaire à vie et de TS contrairement au visionnage des publications relatif à ce même sujet.			
Article R : **Self-disgust mediates the effect of problematic media use on non-suicidal self injury in adolescents: a latent growth curve analysis**	Étude de cohorte prospective	Chine Adolescents de 14,59 (SD=1,27) (n=1684) Suivi pendant 1 an et demi avec une évaluation tous les 6 mois à partir de novembre 2020	Enquêter sur la relation longitudinale entre l'utilisation problématique des réseaux sociaux mobiles et l'automutilation.	Auto-questionnaires	Biais de sélection : Âge mal défini Adolescents qui utilisent les réseaux sociaux pour se divertir seulement. Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)

Shen et al.
2024
 	
(43)
	STROBE
	15,6/20
	
	NP
	intermédiaire
		- Le taux d'automutilation pendant l'année et demie d'étude a diminué de manière linéaire.
		- Le risque d'automutilation augmente :
		  - Directement par l'usage problématique des réseaux sociaux
		  - Indirectement par le dégout de soi via l'utilisation des réseaux sociaux
		- Plus l'utilisation des réseaux sociaux sur le téléphone est problématique plus le risque d'automutilation est important.			

Article S : **Social media use and prospective suicidal thougts and behaviors among adolescents at high risk for suicide** Hamilton et al. 2021 (44)	Étude de cohorte prospective	Etats-Unis Adolescents de 12 à 18 ans suivant un traitement ambulatoire pour la dépression et le suicide (n= 100) De mars 2019 à mars 2020	Examiner la relation entre l'utilisation des réseaux sociaux, les IS et les comportements suicidaires chez des patients, les 30 premiers jours d'un programme intensif ambulatoire pour la dépression et le suicide.	Auto-questionnaires	Biais de sélection : Inclusion d'adolescents à haut risque suicidaire en cours de traitement Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Biais de suivi : Le suivi diffère entre les participants
	STROBE 15/20 NP intermédiaire	- Il n'existe pas d'association entre les réseaux sociaux ou l'utilisation des messageries électroniques sur l'apparition de comportements suicidaires dans cette population. Seuls les symptômes dépressifs de départ sont prédictifs de l'apparition de comportements suicidaires. - Chez les patients dépressifs et/ou suicidaires, le fait de passer moins de temps sur les réseaux sociaux ou les messageries électroniques est associé à un plus grand risque de futures IS avec planification. - Il n'y a pas d'effet entre l'utilisation des réseaux sociaux ou des messageries électroniques sur la moyenne hebdomadaire de présenter des comportements suicidaires sur le premier mois de traitement.			

Article T : **Social media use, sleep and psychopathology in psychiatrically hospitalized adolescents** Nesi et al. 2021 (45)	Étude transversale	Etats-Unis Adolescents de 11 à 18 ans hospitalisés en psychiatrie (n= 243) De février 2020 à janvier 2021	Examiner l'association entre l'utilisation des réseaux sociaux, les troubles du sommeil, et la santé mentale des adolescents hospitalisés en psychiatrie.	Auto-questionnaires	Bais de sélection : Sélection d'adolescents hospitalisés à haut risque suicidaire Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration)
	STROBE 12,4/20 NP faible	- Un taux important de réponse émotionnelle négative en lien avec l'utilisation des réseaux sociaux est associé à des IS plus importantes, cette relation étant médiée en partie par les troubles du sommeil. Cependant, les troubles du sommeil ne sont pas associés à la durée d'utilisation des réseaux sociaux ni à la fréquence à laquelle l'individu s'y connecte. - Le taux de réponse émotionnelle négative en rapport avec l'utilisation des réseaux sociaux est le même quel que soit le genre de l'utilisateur contrairement aux réponses positives qui sont surtout retrouvées chez les femmes et les minorités de genre.			
Article U : **Suicide prevention: a qualitative study with Thai secondary school students**	Étude transversale	Thaïlande Adolescents en classe de première (n=32) sans antécédent De septembre 2019 à mars 2020	Explorer chez les élèves en enseignement secondaire les causes possibles de suicide et leurs préventions disponibles et nécessaires.	Entretien en groupe de parole et individuel	Biais de sélection : Adolescents sélectionnés en école publique Exclusion des adolescents ayant un antécédent de TS ou de dépression Récit d'entretien

Chaniang et al. 2022 (46)	STROBE 10,5/20 NP faible	- Les causes de suicide décrites par les adolescents sont : les attentes parentales vis à vis des performances scolaires, le harcèlement, les problèmes familiaux, les relations amoureuses, le manque de compétences de gestion du stress, des comportements d'imitation sur les réseaux sociaux et la consommation de substances. - Les moyens de prévenir le suicide décrits par les adolescents sont : le soutien provenant des pairs, des parents, de l'école, des professionnels de santé, la confiance en soi et l'estime de soi. - Les nécessités de prévention déclarées par les adolescents seraient : le développement de plateformes en ligne d'apprentissage sur la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale par les professionnels de santé et à l'école.			
Article V : **The use of close friends on Instagram, help seeking willingness, and suicidality among Hong Kong youth: exploratory sequential mixed method study** Chen et al. 2022	Méthode mixte séquentielle avec étude transversale	Hong Kong Adolescents de 15 à 18 ans : Groupe avec entretien (n=40) de septembre 2018 à novembre 2019 Adolescents de 15 à 19 ans : Groupe avec questionnaires (n= 1676) de septembre à octobre 2019	Examiner l'utilisation privée des réseaux sociaux via la fonctionnalité *Close Friends* d'Instagram et son association avec la volonté de rechercher de l'aide (en ligne et hors ligne) et le suicide.	Entretiens en groupes et individuels Auto-questionnaires	Biais de sélection : Défaut d'échantillonnage *Close Friends* sorti en cours d'étude des groupes d'entretien Biais de classement : Biais de mémorisation (auto-déclaration) Exclusion des données manquantes Récit d'entretien

(47)	STROBE
	17,7/20
	
	NP faible
		- La fonctionnalité *Close Friends :*
		  - Est utilisée pour interagir, chercher de l'aide, se décharger d'émotions négatives et s'exprimer
		  - Est utilisée en majorité par les filles
		  - Chez les adolescents ayant une forte utilisation signe un risque suicidaire plus important
		- La recherche d'aide par les adolescents :
		  - En ligne, est associée à un risque plus important d'avoir des IS et des antécédents de TS
		  - Hors ligne, est associée à un risque moins important d'IS
		  - Est majoritairement effectuée par les femmes qu'elle soit en ligne ou hors ligne
		  - Est plus retrouvée chez les utilisateurs de C*lose Friends* par rapport aux non utilisateurs

Tableau 5 : Résultats des revues de la littérature

Références	Méthode	Objectif	Bases de données	Critères de sélection	Qualité de l'étude
Article W : **Assessing the impact of Instagram use and deliberate self-harm in adolescents: a scoping review** Moss And al. 2023 (48)	Revue systématique de la littérature Etats-Unis, Europe	Déterminer s'il existe un impact entre utilisation d'Instagram et la santé mentale des adolescents et identifier s'il existe une relation entre temps passé sur Instagram et l'automutilation	Bases de données : Pubmed, Web of Science, Google Scholar, APA PsycInfo, CINAHL, Child Development and Adolescent Studies.	Inclusion : Adolescents de 10 à 19 ans Automutilation Instagram Parlant anglais Exclusion : Age < 10 ans ou > 19 ans TCA Automutilation en réponse à du cyber harcèlement Autre réseau social Autre langue	Biais de sélection : Uniquement des articles en anglais, études basées sur de l'auto-déclaration Biais de classement: Absence de grille d'évaluation de la qualité des articles inclus, études rapidement obsolètes Biais de publication
	AMSTAR 4,6/20 NP faible	15 articles inclus : - Données contradictoires sur la relation entre l'utilisation d'Instagram, l'automutilation et le suicide - Instagram apporte un sentiment d'appartenance - Normalisation des comportements d'automutilation sur la plateforme, risque de contagion sociale			

D. Synthèse des données

1. Lien réseaux sociaux et risque suicidaire

Au cours de l'étude des différents articles, on retrouve quatre grandes thématiques correspondant au risque suicidaire : automutilation, IS, TS et le suicide.

a) Automutilation

Concernant l'automutilation, nous avons retrouvé que l'utilisation des réseaux sociaux serait associée à une majoration du risque d'automutilation en fonction du temps d'utilisation et du type d'utilisation. En effet, une utilisation prolongée ou problématique des réseaux sociaux augmenterait le risque d'automutilation chez les adolescents. Cependant, la seule revue de la littérature sélectionnée retrouvait des données contradictoires concernant cette association. Mais cette dernière ne s'intéressait qu'à l'utilisation d'Instagram.

b) Idées suicidaires

À ce propos, les études étaient contradictoires, l'utilisation des réseaux sociaux semblait être associée à une plus mauvaise santé mentale avec augmentation du risque de présenter des IS (*article I et M*), lien de causalité remis en question par l'*articles C.*

c) Tentatives de suicide

Pour les tentatives de suicide, l'*article N* mettait en évidence qu'une utilisation prolongée des réseaux sociaux par les adolescents augmenterait le risque de faire une TS. Toutefois, l'*article S* ne retrouvait pas cette association. Mais ce dernier s'intéressait à une population particulière, les adolescents traités en ambulatoire pour dépression et suicide.

d) Suicide

Les *articles E et P* retrouvaient une association positive entre le temps quotidien passé sur les réseaux sociaux et le risque de suicide, de même qu'une utilisation problématique de ces derniers (*article P*).

En dehors du temps d'écran, les adolescents victimes de cyber harcèlement seraient plus à risque de suicide (*article D*).

De plus, les adolescents victimes de négligence par les autres utilisateurs ou ayant un score de *Fear Of Missing Out* élevé seraient plus à risque de suicide (*article P*).

2. Lien entre type d'utilisation des réseaux sociaux et risque suicidaire

a) Durée d'utilisation

La durée d'utilisation des réseaux aurait un impact sur les comportements suicidaires de l'utilisateur. En effet, plus son utilisation est prolongée plus le risque de présenter ce type de comportement est important. Comme le montre les *articles A, N, P et Q*, cette relation existerait pour les comportements d'automutilation (*A, N, P et Q*), de tentatives de suicide (*N*) et de suicide (*P*).

Tableau 6 : Lien durée d'utilisation des réseaux sociaux et risque suicidaire

	Automutilation	**Tentatives de suicide**	**Suicide**
Article A	✓		
Article N	✓	✓	
Article P	✓		✓
Article Q	✓		

b) Type d'utilisation

Les études différenciaient le type d'utilisation et son effet sur l'utilisateur.
En effet, il y aurait une différence entre le fait de voir et de publier du contenu sur les réseaux sociaux.

Tableau 7 : Articles retrouvant une association entre le type d'utilisation et les comportements suicidaires

	Publication					Visualisation de contenu sur le suicide	Messagerie électronique
	À propos du suicide	À propos de l'automutilation	À caractère sexuel non consenti	Malveillante ou cyber harcèlement	Photos banales		
TS	*B*		*G*	*F*	*N*		
IS	*B*		*G*	*F*	*N*	*B*	*I*
Automutilation		*Q*			*N*		

Note : La notion de photos banales dans le tableau correspond aux photos qui ne sont pas en lien avec le suicide ou l'automutilation comme les photos de famille ou de vacances par exemple.

Néanmoins, l'*article Q* ne retrouvait pas d'association entre le fait de voir du contenu en rapport avec l'automutilation et les comportements suicidaires, chez les adolescents ayant des antécédents d'automutilation. De même pour l'*article B*, le fait de voir du contenu en rapport avec le suicide ne serait pas associé au risque de tentatives de suicide. À noter que cet article n'étudiait l'association présentée seulement en période de cluster suicidaire.

De plus, il est intéressant de noter que des activités banales comme publier des photos de famille ou de vacances pourraient augmenter le risque d'avoir des comportements suicidaires alors que par exemple utiliser les réseaux sociaux pour avoir des nouvelles de ses amis n'augmenterait pas ce risque.

c) Cyber harcèlement et risque suicidaire

Le cyber harcèlement se retrouvait préférentiellement sur les messageries instantanées d'après l'*article H*. Ce type de harcèlement serait associé à un plus grand risque d'IS et de TS d'après l'*article D*. Il semblerait exister une différence entre le statut de victime et de perpétrateur du cyber harcèlement. En effet, ces deux statuts seraient exposés à un risque plus important de présenter des TS d'après l'*article H*. Tandis que l'*article O* notait une différence : la victime serait plus à risque d'automutilation et de présenter des IS et des TS contrairement au perpétrateur qui lui serait seulement à risque de TS.

3. Lien entre utilisateurs et risque suicidaire

a) Genre de l'utilisateur

(1) Les filles

D'après l'*article P*, les filles passeraient plus de temps sur les réseaux sociaux et sur les messageries instantanées que les garçons. Elles déclareraient une plus mauvaise santé mentale avec un risque plus important de présenter des comportements suicidaires (IS et TS) (*article I*).

Elles seraient également plus sujettes à être des victimes de cyber harcèlement (*articles D et H)* avec un plus grand risque de présenter des comportements suicidaires au décours (*articles H*). Cependant, elles demanderaient plus d'aide à leurs proches (*articles O et V*). De plus, elles présenteraient un plus grand risque de TS et d'IS en cas de publication de contenu à caractère sexuel sans leur consentement (*article G*).

Concernant l'automutilation, les résultats des études variaient. En effet, l'*article N* montrait une augmentation du risque d'automutilation chez les filles plus l'utilisation des réseaux sociaux était importante. Alors que l'*article A* semblait mettre en évidence que l'association entre automutilation et utilisation importante des réseaux sociaux était identique quel que soit le genre de l'utilisateur.

(2) Les garçons

Lors de leur utilisation des médias numériques, les garçons participeraient plus à des jeux en ligne (*article I*) et présenteraient une utilisation problématique d'internet (*article P*).
Les utilisateurs de messageries électroniques ou ceux qui visionnent des vidéos déclareraient une moins bonne santé mentale et seraient davantage à risque de présenter des IS (*article I*).
Plus les garçons utilisent les réseaux sociaux, plus ils seraient à risque de TS (*article N*).
En cas de cyberharcèlement, les garçons seraient autant des victimes que des perpétrateurs (*article O*).

(3) Les transgenres et non binaires

Ils seraient plus sujets au cyber harcèlement (*article D*).

b) Âge de l'utilisateur

Les adolescents les plus jeunes seraient plus à risque d'IS et de TS lorsqu'ils sont victimes de publication à caractère sexuel sans leur consentement (*article G*). Le risque de comportement suicidaire serait réduit de 19% par année supplémentaire vécue par l'adolescent selon l'*article H*.

Cependant, concernant l'association entre automutilation et réseaux sociaux, celle-ci serait identique quel que soit l'âge de l'individu lorsque l'utilisation est prolongée (>3 heures par jour) (*article A*).

c) Antécédent de l'utilisateur

Lors de la lecture des différents articles, nous avons remarqué que les antécédents des individus étudiés pouvaient influencer l'effet de l'exposition aux réseaux sociaux. Chez ceux ayant des antécédents de dépression sévère, un lien plus faible entre utilisation des réseaux et automutilation serait retrouvé (*article A*).

Chez les adolescents avec antécédents d'IS ou de TS, la publication de contenu en rapport avec le cluster suicidaire serait associée au risque d'IS (*article B*). Dans ce même article, la publication ou le visionnage de contenu en rapport avec le cluster chez les adolescents sans antécédent seraient associé à un risque de TS ou d'IS.

Chez les adolescents ayant un antécédent d'automutilation, la publication de contenu sur l'automutilation serait associée à une augmentation du risque de comportement suicidaire à vie et de TS contrairement au visionnage des publications à ce même sujet (*article Q*).

Les adolescents ayant un antécédent de TS sembleraient rechercher plus d'aide en ligne (*article V*).

Les adolescents à haut risque suicidaire traités en ambulatoire présentaient un plus grand risque d'IS futures lorsqu'ils passaient moins de temps sur les réseaux sociaux (*article S*).

d) Orientation sexuelle de l'utilisateur

Les individus non hétérosexuels seraient plus victimes d'automutilation, d'IS et de TS (*article F*).

e) Réponse émotionnelle et expériences de l'utilisateur

L'*article E* retrouvait que les adolescents passant plus de temps sur le téléphone ou étant addicts à ce dernier présenteraient plus de réactions émotionnelles aux réseaux sociaux.

Les réponses émotionnelles positives aux réseaux sociaux entraîneraient moins d'IS quotidiennes *(article K*) et seraient surtout retrouvées chez les femmes et les minorités de genre (*article T*).

Contrairement aux réponses émotionnelles négatives qui entraineraient plus d'IS quotidiennes (*article K et T*), cette relation serait en partie médiée par les troubles du sommeil (*article T*). Le taux de réponses émotionnelles négatives en rapport avec l'utilisation des réseaux sociaux serait le même quel que soit le genre de l'utilisateur (*article T*).

Les adolescents présentant des antécédents d'IS sembleraient vivre plus d'expériences négatives (*article K*). À noter que les adolescents hospitalisés secondairement à une expérience négative sur les réseaux sociaux seraient plus addict au téléphone et auraient un risque de présenter des IS plus sévères (*article E)*.

Chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie, la majorité des adolescents déclaraient avoir eu des expériences positives sur les réseaux sociaux (*article J)*. Les expériences négatives étaient plutôt vécues par les filles (*article J)*.

IV. Discussion

A. À propos des résultats

1. Pourquoi tant d'hétérogénéité des résultats

Nous avons constaté une grande hétérogénéité entre les études incluses rendant leur comparaison complexe, ne nous permettant pas de tirer des conclusions globales. En effet, cette hétérogénéité se retrouve dans toutes les dimensions du risque suicidaire (automutilation, IS, TS, suicide).

a) Les définitions et traductions

Nous avons été confrontées à de multiples difficultés concernant les termes employés dans les différents articles étudiés.

La totalité des articles sélectionnés étaient rédigés en anglais. Au cours de leur lecture, nous avons découvert un champ lexical plus développé sur cette thématique en anglais comparé à la langue française. Nous avons alors cherché les définitions précises de chaque terme. Malheureusement, ces recherches nous ont appris que la langue française ne possédait pas d'équivalent adapté à chaque terme anglais. De plus, un même concept pouvait être décrit par plusieurs termes différents (*cybervictimization*, *cyberbullying, cyberbulliyng vicitmization, cyberbullying perpetrator*). Tandis que certains auteurs opposaient ces termes dans leurs études.

b) Recrutement

Les auteurs recrutaient leur effectif d'étude de manière variable. Certains ne définissaient pas leur méthode de recrutement, d'autres utilisaient les réseaux sociaux ou encore se basaient sur d'importantes cohortes épidémiologiques. Cela constitue alors un biais important de recrutement, auquel se rajoute un biais d'auto-sélection par participation volontaire des adolescents prenant part aux études. De plus, leur participation était aussi conditionnée par l'accord parental du fait de leur âge.

c) Différents outils de mesure

Une part de cette hétérogénéité peut être expliquée par une utilisation de différents outils de mesure au sein des articles sélectionnés.

Certains utilisaient des questionnaires ou échelles validés et d'autres créaient leur propre questionnaire.

d) Le type d'utilisation

Nous avons remarqué une divergence dans la définition du type d'utilisation des réseaux sociaux. En effet, certains auteurs distinguaient précisément les différents types d'utilisation (usage scolaire ou récréatif) des réseaux sociaux tandis que d'autres ne faisaient pas cette distinction.

Certains auteurs allaient même jusqu'à créer des sous catégories d'utilisation comme la visualisation ou la publication de contenu ou encore l'utilisation de messageries électroniques. Dans la même lignée, les supports d'utilisation (smartphone, tablette, ordinateur) des réseaux sociaux n'étaient pas forcément détaillés.

e) Qualité méthodologique des études

Nous avons retrouvé une variabilité de qualité méthodologique dans la réalisation des études sélectionnées. Comme exposé plus haut, les études présentaient des biais de sélection auxquels s'ajoutaient des biais de classement. Parmi ces biais de classement, nous avons identifié des biais de mémorisation inhérents à l'utilisation d'auto-questionnaires et des biais en lien avec l'utilisation de questionnaires non validés.

2. Pourquoi un niveau de preuve scientifique faible des études

Il serait pertinent de s'interroger sur les enjeux éthiques liés à la réalisation d'un essai comparatif randomisé étudiant l'impact des réseaux sociaux sur le risque suicidaire des adolescents. En effet, la majorité de nos études présente un niveau de preuve scientifique faible, et 3 sont de niveau scientifique intermédiaire du fait de leurs caractères descriptifs avec recueil de données par auto-questionnaires. Cette situation s'explique probablement par la difficulté à concevoir une étude exposé/non exposé dont la méthodologie garantirait à la fois un niveau de preuve élevé et le respect de l'éthique.

3. Veille

Au cours de notre veille scientifique, nous avons retenu 3 articles correspondant à nos critères d'inclusion. Ces articles correspondent aux références bibliographiques (49), (50) et (51). Ils retrouvent des résultats similaires à ceux de notre étude et n'apportent aucun nouvel élément additionnel.

B. Forces de l'étude

Premièrement, à notre connaissance, notre étude est la première revue systématisée en langue française réalisée en binôme portant sur ce sujet.

C'est un sujet d'actualité qui a fait l'objet en juillet 2023 d'une nouvelle loi. Les réseaux sociaux paraissent prendre une place centrale au sein de notre société, surtout chez les jeunes. Il semble devenir un problème de santé publique avec des conséquences inquiétantes que l'on commence à appréhender. Ceci explique notre implication dans cette revue de la littérature avec une méthode élaborée à priori qui n'a pas subi de modification à posteriori.

Nos équations de recherche étaient volontairement larges afin de nous permettre un recueil le plus systématique possible au sein de bases de données : 4 grandes bases de données et 11 sources de littérature grise, nous permettant de recueillir 2058 références sur une période de 9 mois. De plus, les articles inclus comportent une importante population d'étude pour la plupart.

La rigueur méthodologique de nos critères d'inclusion et d'exclusion nous a permis de limiter les biais de sélection.

Nous avons réalisé la majeure partie de l'étude en double aveugle jusqu'à la sélection des articles sur les abstracts. Par la suite, nous avons rétabli l'aveugle pour la lecture des articles ainsi que pour la cotation des grilles d'évaluation de la qualité méthodologique de chaque article.

C. Limites de l'étude

Une des limites de notre étude est due au faible niveau de preuve scientifique des études sélectionnées diminuant alors la force de notre revue. Cependant, il serait important de se questionner si ce manque d'étude de fort niveau de preuve est dû au fait que l'intérêt pour ce sujet soit émergeant ou s'il correspond à un biais de publication d'études de fort niveau de preuve bien menées mais non significatives.

De plus, malgré nos critères d'inclusion et d'exclusion définissant notre population d'intérêt, nous avons été confrontées à des populations hétérogènes. En effet, certaines études avaient une définition large de leur population et d'autres se focalisaient sur une minorité particulière (adolescents ayant des antécédents psychiatriques, population LGBTQ+, minorité ethnique). La validité externe de notre étude en est donc limitée. Certaines études ont été menées au cours de la pandémie COVID 19 en période de confinement qui a vu une augmentation non négligeable de l'utilisation des réseaux sociaux engendrant une période exceptionnelle dans l'histoire (10). Ceci pose la question de l'extrapolation des résultats de ces études à la période actuelle.

Afin de permettre la meilleure compréhension possible des articles sélectionnés, nous avons restreint notre étude aux langues comprises par les deux chercheuses (français, anglais et espagnol). Cette décision nous a permis une extraction des plus fidèle des résultats mais constitue un biais de sélection de notre étude.

De surcroit, nous avons été mises en difficulté en cours de veille par une mise à jour de la base de données Cairn rendant obsolète notre équation de recherche pour cette base. Néanmoins, aucun article n'avait rempli nos critères de sélection avant la mise à jour rendant cet imprévu peu impactant pour notre étude.

D. Réponse à la question de recherche

Notre revue suggère une association des réseaux sociaux sur le risque suicidaire de l'adolescent notamment sur des populations particulièrement vulnérables. Nous avons établi un profil d'adolescent à risque accru : les filles (13), les LGBTQ+ (52), les patients aux antécédents psychiatriques ainsi que les minorités ethniques (53) semblent plus à risque suicidaire suite à l'utilisation des réseaux sociaux.

Il est important de noter que les réponses face à l'utilisation des réseaux sociaux ne sont pas seulement négatives mais peuvent aussi être protectrices pour les adolescents via une recherche d'aide et de soutien en ligne.

Toutefois, il est important de noter que ces adolescents présentent un risque suicidaire plus élevé que l'adolescent de la population générale. Il serait donc intéressant d'étudier spécifiquement la part imputable des réseaux sociaux dans ce sur risque.

L'établissement d'un lien de causalité direct nécessiterait idéalement une étude randomisée. Toutefois, la mise en place d'une telle étude soulève d'importantes questions éthiques. Par conséquent, nous devons nous contenter du niveau de preuve actuellement disponible, limitant ainsi notre capacité à obtenir des preuves plus robustes dans cette thématique.

E. Application à la médecine générale

Cette thématique inquiète de plus en plus les parents qui s'interrogent sur les dangers que représente l'utilisation des réseaux sociaux sur la santé de leurs enfants. Le médecin généraliste, en tant qu'acteur central de l'équipe de soins primaires est en charge de l'accompagnement des parents comme des enfants. Il se doit donc d'être capable de répondre aux inquiétudes de chacun de manière scientifique, objective et adaptée. C'est pourquoi, il serait primordial d'intégrer au sein de la consultation du médecin généraliste un temps de parole tourné vers l'utilisation des médias numériques par les enfants dès le plus jeune âge, en s'appuyant sur le dépistage précoce des profils à risque retrouvés ci-dessus.

Cet échange aurait donc pour but d'informer les parents et enfants, de dépister les possibles troubles associés et de les prendre en charge le plus précocement possible. Afin d'y parvenir, un des outils disponible serait le carnet de santé des enfants dans lequel il figurerait une partie dédiée dans les examens obligatoires dès l'âge d'1 an permettant à l'évaluateur d'évoquer de manière systématique ce sujet.

F. Ouverture

Il conviendrait de réaliser des campagnes d'information, de prévention et de dépistage au sein des établissements d'accueil d'enfants dès leur plus jeune âge. Cela permettrait de connaître plus précisément les attentes de la population cible vis-à-vis de cette thématique. La rythmicité de ces interventions devrait être reproduite à intervalle régulier et adapté à l'âge des enfants.

D'un point de vue légal, une prise de conscience est en marche comme le montre la loi de juillet 2023 légiférant l'âge légal autorisant l'accès aux réseaux sociaux à 15 ans et plus (8). Cependant, elle n'est pas appliquée actuellement en France. L'âge minimum requis pour la création d'un compte reste à 13 ans pour Tik Tok (54), Instagram (55), Facebook (56), X (anciennement Twitter) (57) ou encore Snapchat (58) et aucune mise en œuvre d'une vérification de l'âge ne semble exister. Il faut noter que des articles s'intéressent au développement d'outil d'analyse de texte permettant de détecter du contenu portant sur le suicide à l'aide de l'intelligence artificielle afin de protéger les plus vulnérables (59).

V. Conclusion

Les réseaux sociaux sont un média numérique d'apparition relativement récente aux effets encore obscurs notamment sur le risque suicidaire. La population adolescente, caractérisée par sa vulnérabilité, semble y être particulièrement confrontée. En raison de l'actualité et de problématiques rencontrées lors de notre pratique, il nous a paru important d'explorer cette thématique.

Ainsi, une revue systématique de la littérature a été réalisée entre septembre 2023 et mars 2025 pour répondre à la question de recherche : existe-t-il un impact de l'utilisation des réseaux sociaux chez l'adolescent sur le risque suicidaire. Ce travail nous a permis de répondre partiellement à notre question de recherche et d'établir un profil d'adolescent vulnérable.

Les études disponibles sont principalement des études observationnelles avec une qualité méthodologique élevée mais un niveau de preuve limité du fait de questions probablement éthiques. En effet, des études de fort niveau de preuve scientifique telles que des essais en double aveugle étudiant l'exposition des adolescents à un facteur de risque suicidaire semblent peu réalisables.

Les résultats, bien qu'hétérogènes, nous ont permis d'établir un lien entre risque suicidaire et utilisation des réseaux sociaux. Ce lien est variable en fonction de la durée ou du type d'utilisation des réseaux ou encore de l'exposition au cyber harcèlement.

Enfin, il existe une association entre le type d'utilisateur et le risque suicidaire. En effet, nous avons pu relever que le genre, l'âge, les antécédents, l'orientation sexuelle et les réponses émotionnelles face à l'utilisation des réseaux sociaux semblaient constituer des critères de vulnérabilité. Ainsi, nous identifions une population à risque : les filles, les transgenres, les non-binaires, les plus jeunes, les adolescents aux antécédents psychiatriques, les non-hétérosexuels et ceux présentant des réponses émotionnelles négatives à l'utilisation des réseaux sociaux.

Ainsi, notre étude met en exergue la nécessité d'une prise de conscience du risque suicidaire en lien avec l'utilisation des réseaux sociaux chez les adolescents, particulièrement ceux à risque. La législation prend en compte ce danger depuis peu avec un âge minimum de 15 ans requis pour l'accès aux plateformes de réseaux sociaux en France datant de 2023. Cependant, cette loi ne semble pas être appliquée actuellement.

Il est impératif que le médecin généraliste et son équipe de soins primaires intègrent à leur pratique un temps dédié à l'identification des adolescents vulnérables. Cette démarche devrait s'intégrer dans le suivi médical régulier en équipe pluri professionnelle permettant ainsi une prévention adaptée et personnalisée des adolescents identifiés comme étant à risque.

Le 14/10/2025
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse le 24/10/2025
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Bibliographie

1. Facebook. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Facebook&oldid=208289448

2. Twitter. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Twitter&oldid=208363561

3. Instagram. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Instagram&oldid=207193732

4. Snapchat. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Snapchat&oldid=208291513

5. TikTok. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=TikTok&oldid=208304517

6. Eurostat. INSEE. [cité 2 oct 2023]. Usage de l'internet pour les relations sociales selon l'âge. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2411023#tableau-figure1

7. CNIL. Droits numériques des mineurs : la CNIL publie les résultats du sondage et de la consultation publique [Internet]. 2021 [cité 24 nov 2023]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/droits-numeriques-des-mineurs-la-cnil-publie-les-resultats-du-sondage-et-de-la-consultation-publique

8. Légifrance.fr [Internet]. 2023 [cité 25 sept 2024]. Loi no 2023-566 du 7 juillet 2023 visant à instaurer une majorité numérique et à lutter contre la haine en ligne. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=uixn4vDFFJU_veW4xSVamq3PzXyh2U2x_naRfEud_Wg=

9. Dixon SJ. Statista. 2023 [cité 1 nov 2023]. Social media use during coronavirus (COVID-19) worldwide. Disponible sur: https://www.statista.com/topics/7863/social-media-use-during-coronavirus-covid-19-worldwide/

10. Dixon SJ. Statista. 2023 [cité 1 nov 2023]. Social media platforms MAU growth 2021. Disponible sur: https://www.statista.com/statistics/1219318/social-media-platforms-growth-of-mau-worldwide/

11. OMS. Santé des adolescents [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health

12. OMS. Santé mentale des adolescents [Internet]. 2021 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

13. Épidémiologie France Tentatives de suicide [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Disponible

sur: https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-tentatives-de-suicide/

14. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Risque et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. In: Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. p. 93-197.

15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):39-44.

16. Shultz K, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Checklist of information to include when reporting a randomised trial. 2010.

17. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies [Internet]. 2007 [cité 16 déc 2023]. Disponible sur: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296

18. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ; 2017.

19. HAS. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 3 mars 2025]. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. mars 1977;33(1):159-74.

21. UNDRR. Suicide Cluster [Internet]. 2023 [cité 8 mars 2025]. Disponible sur: https://www.undrr.org/understanding-disaster-risk/terminology/hips/bi0009

22. Ministère chargé de la justice. Cyberharcèlement (harcèlement sur internet) [Internet]. 2024 [cité 8 mars 2025]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32239

23. Joel. Cyberharcèlement et cyberintimidation : comprendre les différences pour mieux agir [Internet]. Cyber-harcèlement. 2023 [cité 8 mars 2025]. Disponible sur: https://cyber-harcelement.info/cyberharcelement-et-cyberintimidation-comprendre-les-differences-pour-mieux-agir/

24. Wright MF. What is Cyber Victimization. 4ème édition. 2018. (Encyclopedia of Information Science and Technology).

25. Signes de base pour reconnaître les troubles d'internalisation et d'externalisation chez les enfants et les adolescents [Internet]. Prowell project. [cité 8 mars 2025]. Disponible sur: https://prowell-project.com/fr/topics/sujet-2-signes-de-base-pour-reconnaitre-les-troubles-dinternalisation-et-dexternalisation-chez-les-enfants-et-les-adolescents/

26. Tormoen AJ, Myhre M overlien, Kildahl AT, Walby FA, Rossow I. A nationwide study on time spent on social media and self-harm among adolescents. Sci Rep. 4 nov 2023;13(1):19111.

27. Swedo EA, Beauregard JL, de Fijter S, Werhan L, Norris K, Montgomery MP, et al. Associations Between Social Media and Suicidal Behaviors During a Youth Suicide Cluster in Ohio. J Adolesc Health. févr 2021;68(2):308-16.

28. Rakoff J, Chavarria J, Hamilton HA, Elton-Marshall T. Cross-sectional Study of Factors Associated With Suicide Ideation in Ontario Adolescents. Can J Psychiatry. 1 mai 2023;68(5):327-37.

29. Kingsbury M, Arim R. Cybervictimization and mental health among Canadian youth. Health Rep. 20 sept 2023;34(9):3-13.

30. Nesi J, Burke TA, Caltabiano A, Spirito A, Wolff JC. Digital media-related precursors to psychiatric hospitalization among youth. J Affect Disord. 1 août 2022;310:235-40.

31. Patchin JW, Hinduja S, Meldrum RC. Digital self-harm and suicidality among adolescents. Child Adolesc Ment Health. févr 2023;28(1):52-9.

32. Srivastava A, Rusow J, Schrager SM, Stephenson R, Goldbach JT. Digital Sexual Violence and Suicide Risk in a National Sample of Sexual Minority Adolescents. J Interpers Violence. févr 2023;38(3-4):4443-58.

33. Mohd Fadhli SA, Liew Suet Yan J, Ab Halim AS, Ab Razak A, Ab Rahman A. Finding the Link between Cyberbullying and Suicidal Behaviour among Adolescents in Peninsular Malaysia. Healthc Basel Switz. 6 mai 2022;10(5):856.

34. Kerr S, Kingsbury M. Online digital media use and adolescent mental health. Health Rep. 15 févr 2023;34(2):17-28.

35. Nesi J, Wolff JC, Hunt J. Patterns of Social Media Use Among Adolescents Who Are Psychiatrically Hospitalized. J Am Acad CHILD Adolesc PSYCHIATRY. juin 2019;58(6):635-+.

36. Hamilton JL, Dalack M, Boyd SI, Jorgensen S, Dreier MJ, Sarna J, et al. Positive and negative social media experiences and proximal risk for suicidal ideation in adolescents. J Child Psychol Psychiatry. déc 2024;65(12):1580-9.

37. Weinstein E, Kleiman EM, Franz PJ, Joyce VW, Nash CC, Buonopane RJ, et al. Positive and negative uses of social media among adolescents hospitalized for suicidal behavior. J Adolesc. 2021;87(1):63-73.

38. Lee J, Ahn JS, Min S, Kim MH. Psychological Characteristics and Addiction Propensity According to Content Type of Smartphone Use. Int J Environ Res Public Health. 29 mars 2020;17(7):2292.

39. Pawłowska B, Świerczyńska JC, Dyzma-Kasprzak A, Kasprzak K. Psychopathological symptoms and risky behaviors,and the use of social networking sites by adolescents. Med Stud. 2024;40(1):53-60.

40. Ong SH, Tan YR, Khong JZN, Elliott JM, Sourander A, Fung DSS. Psychosocial Difficulties and Help-Seeking Behaviors in Singapore Adolescents Involved in Cyberbullying. Cyberpsychology Behav Soc Netw. nov 2021;24(11):737-44.

41. Dam VAT, Dao NG, Nguyen DC, Vu TMT, Boyer L, Auquier P, et al. Quality of life and mental health of adolescents: Relationships with social media addiction, Fear of Missing out, and stress associated with neglect and negative reactions by online peers. PLOS ONE. 7 juin 2023;18(6):e0286766.

42. Seong E, Noh G, Lee KH, Lee JS, Kim S, Seo DG, et al. Relationship of Social and Behavioral Characteristics to Suicidality in Community Adolescents With Self-Harm: Considering Contagion and Connection on Social Media. Front Psychol. 2021;12:691438.

43. Shen Y, Guo J, Wang C, Huang Z, Yi Y, You J. Self-disgust mediates the effect of problematic mobile social media use on non-suicidal self-injury in adolescents: A latent growth curve analysis. J Adolesc. 29 juill 2024;

44. Hamilton JL, Biernesser C, Moreno MA, Porta G, Hamilton E, Johnson K, et al. Social media use and prospective suicidal thoughts and behaviors among adolescents at high risk for suicide. Suicide Life Threat Behav. 2021;51(6):1203-12.

45. Nesi J, Burke TA, Extein J, Kudinova AY, Fox KA, Hunt J, et al. Social media use, sleep, and psychopathology in psychiatrically hospitalized adolescents. J Psychiatr Res. déc 2021;144:296-303.

46. Chaniang S, Klongdee K, Jompaeng Y. Suicide prevention: A qualitative study with Thai secondary school students. Belitung Nurs J. 2022;8(1):60-6.

47. Chen SS, Lam TP, Lam KF, Lo TL, Chao DVK, Mak KY, et al. The Use of Close

Friends on Instagram, Help-Seeking Willingness, and Suicidality Among Hong Kong Youth: Exploratory Sequential Mixed Methods Study. J Med Internet Res. 12 oct 2022;24(10):e37695.

48. Moss C, Wibberley C, Witham G. Assessing the impact of Instagram use and deliberate self-harm in adolescents: A scoping review. Int J Ment Health Nurs. févr 2023;32(1):14-29.

49. Young E, McCain JL, Mercado MC, Ballesteros MF, Moore S, Licitis L, et al. Frequent Social Media Use and Experiences with Bullying Victimization, Persistent Feelings of Sadness or Hopelessness, and Suicide Risk Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. MMWR Suppl. 10 oct 2024;73(4):23-30.

50. Dumont R, Lorthe E, Richard V, Loizeau A, Fernandez G, De Ridder D, et al. Prevalence of and risk factors for suicidal ideation in adolescents during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Swiss Med Wkly. 28 avr 2024;154:3461.

51. Alyas M, Mahesar RA, Shoib S, Khan MB, Ali SAEZ, Ventriglio A. The impact of social media screen-exposure time on suicidal ideation among Pakistani adolescents. Int J Soc Psychiatry. févr 2025;71(1):149-58.

52. Staff NA. New Research on LGBTQ+ Teen Suicide Rates [Internet]. Newport Academy. 2024 [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: https://www.newportacademy.com/resources/mental-health/lgbt-suicide-rates/

53. Cruz N, Duberstein P, Samples H. Racial/ethnic differences in risk of suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative sample of U.S. adolescents. J Affect Disord. 15 nov 2024;365:32-5.

54. Tik Tok. tiktok.com. [cité 8 mars 2025]. Conditions Générales d'Utilisation de TikTok | TikTok. Disponible sur: https://www.tiktok.com/legal/page/eea/terms-of-service/fr

55. Instagram. instagram.com. [cité 8 mars 2025]. Conditions d'utilisation. Disponible sur: https://help.instagram.com/581066165581870/?locale=fr_FR

56. Facebook.com [Internet]. [cité 8 mars 2025]. Conditions de service de Meta. Disponible sur: https://fr-fr.facebook.com/terms/

57. X. x.com. [cité 8 mars 2025]. Conditions d'utilisation de X. Disponible sur: https://x.com/fr/tos

58. Snapchat. Snapchat.com. [cité 8 mars 2025]. Mesures de protection pour les adolescents sur Snapchat | Guide Snapchat pour les parents. Disponible sur: https://parents.snapchat.com/safeguards-for-teens

59. Lekkas D, Klein RJ, Jacobson NC. Predicting acute suicidal ideation on Instagram using ensemble machine learning models. Internet Interv. 1 sept 2021;25:100424.

Annexes

Annexe 1 : Check-list PRISMA

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (*PICOS*[a]).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : *risk ratio*, différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues *a priori*.	

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (*forest plot*).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

[a]Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

Annexe 2 : Grille CONSORT

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	
	2b	Specific objectives or hypotheses	
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	
	4b	Settings and locations where the data were collected	
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	
Sample size	7a	How sample size was determined	
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those	

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	
	2b	Specific objectives or hypotheses	
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	
	4b	Settings and locations where the data were collected	
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	
Sample size	7a	How sample size was determined	
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those	

Annexe 3 : Grille STROBE

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(*a*) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	
		(*b*) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	
Participants	6	(*a*) *Cohort study*—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up *Case-control study*—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls *Cross-sectional study*—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	
		(*b*) *Cohort study*—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed *Case-control study*—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	
Statistical methods	12	(*a*) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	
		(*b*) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(*c*) Explain how missing data were addressed	
		(*d*) *Cohort study*—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed *Case-control study*—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed *Cross-sectional study*—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(*e*) Describe any sensitivity analyses	

Results			
Participants	13 *	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	
		(c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	14 *	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	
		(c) *Cohort study*—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	15 *	*Cohort study*—Report numbers of outcome events or summary measures over time	
		Case-control study—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	
		Cross-sectional study—Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16	(*a*) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	
		(*b*) Report category boundaries when continuous variables were categorized	
		(*c*) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Annexe 4 : Grille AMSTAR 2

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?

For Yes:	Optional (recommended)	
☐ Population ☐ Intervention ☐ Comparator group ☐ Outcome	☐ Timeframe for follow-up	☐ Yes ☐ No

2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?

For Partial Yes:	For Yes:	
The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following:	As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified:	
☐ review question(s) ☐ a search strategy ☐ inclusion/exclusion criteria ☐ a risk of bias assessment	☐ a meta-analysis/synthesis plan, if appropriate, *and* ☐ a plan for investigating causes of heterogeneity ☐ justification for any deviations from the protocol	☐ Yes ☐ Partial Yes ☐ No

3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?

For Yes, the review should satisfy ONE of the following:	
☐ *Explanation for* including only RCTs ☐ OR *Explanation for* including only NRSI ☐ OR *Explanation for* including both RCTs and NRSI	☐ Yes ☐ No

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?

For Partial Yes (all the following):	For Yes, should also have (all the following):	
☐ searched at least 2 databases (relevant to research question) ☐ provided key word and/or search strategy ☐ justified publication restrictions (e.g. language)	☐ searched the reference lists / bibliographies of included studies ☐ searched trial/study registries ☐ included/consulted content experts in the field ☐ where relevant, searched for grey literature ☐ conducted search within 24 months of completion of the review	☐ Yes ☐ Partial Yes ☐ No

5. Did the review authors perform study selection in duplicate?

For Yes, either ONE of the following:	
☐ at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include ☐ OR two reviewers selected a sample of eligible studies and achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder selected by one reviewer.	☐ Yes ☐ No

6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?

For Yes, either ONE of the following:

- ☐ at least two reviewers achieved consensus on which data to extract from included studies
- ☐ OR two reviewers extracted data from a sample of eligible studies and achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder extracted by one reviewer.

☐ Yes
☐ No

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?

For Partial Yes:

- ☐ provided a list of all potentially relevant studies that were read in full-text form but excluded from the review

For Yes, must also have:

- ☐ Justified the exclusion from the review of each potentially relevan☐study

☐ Yes
☐ Partial Yes
☐ No

8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?

For Partial Yes (ALL the following):

- ☐ described populations
- ☐ described interventions
- ☐ described comparators
- ☐ described outcomes
- ☐ described research designs

For Yes, should also have ALL the following:

- ☐ described population in detail
- ☐ described intervention in detail (including doses where relevant)
- ☐ described comparator in detail (including doses where relevant)
- ☐ described study's setting
- ☐ timeframe for follow-up

☐ Yes
☐ Partial Yes
☐ No

9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?

RCTs

For Partial Yes, must have assessed RoB from

- ☐ unconcealed allocation, *and*
- ☐ lack of blinding of patients and assessors when assessing outcomes (unnecessary for objective outcomes such as all-cause mortality)

For Yes, must also have assessed RoB from:

- ☐ allocation sequence that was not truly random, *and*
- ☐ selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome

☐ Yes
☐ Partial Yes
☐ No
☐ Includes only NRSI

NRSI

For Partial Yes, must have assessed RoB:

- ☐ from confounding, *and*
- ☐ from selection bias

For Yes, must also have assessed RoB:

- ☐ methods used to ascertain exposures and outcomes, *and*
- ☐ selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome

☐ Yes
☐ Partial Yes
☐ No
☐ Includes only RCTs

10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?

For Yes

- ☐ Must have reported on the sources of funding for individual studies included in the review. Note: Reporting that the reviewers looked for this information but it was not reported by study authors also qualifies

☐ Yes
☐ No

11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?

RCTs
For Yes:
- ☐ The authors justified combining the data in a meta-analysis
  - ☐ AND they used an appropriate weighted technique to combine study results and adjusted for heterogeneity if present.
  - ☐ AND investigated the causes of any heterogeneity

☐ Yes
☐ No
☐ No meta-analysis conducted

For NRSI
For Yes:
- ☐ The authors justified combining the data in a meta-analysis
  - ☐ AND they used an appropriate weighted technique to combine study results, adjusting for heterogeneity if present
  - ☐ AND they statistically combined effect estimates from NRSI that were adjusted for confounding, rather than combining raw data, or justified combining raw data when adjusted effect estimates were not available
  - ☐ AND they reported separate summary estimates for RCTs and NRSI separately when both were included in the review

☐ Yes
☐ No
☐ No meta-analysis conducted

12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?

For Yes:
- ☐ included only low risk of bias RCTs
- ☐ OR, if the pooled estimate was based on RCTs and/or NRSI at variable RoB, the authors performed analyses to investigate possible impact of RoB on summary estimates of effect.

☐ Yes
☐ No
☐ No meta-analysis conducted

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?

For Yes:
- ☐ included only low risk of bias RCTs
- ☐ OR, if RCTs with moderate or high RoB, or NRSI were included the review provided a discussion of the likely impact of RoB on the results

☐ Yes
☐ No

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?

For Yes:
- ☐ There was no significant heterogeneity in the results
- ☐ OR if heterogeneity was present the authors performed an investigation of sources of any heterogeneity in the results and discussed the impact of this on the results of the review

☐ Yes
☐ No

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?

For Yes:
- ☐ performed graphical or statistical tests for publication bias and discussed the likelihood and magnitude of impact of publication bias

☐ Yes
☐ No
☐ No meta-analysis conducted

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?

For Yes:
- ☐ The authors reported no competing interests OR
- ☐ The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest

☐ Yes
☐ No

Annexe 5 : Grille de classification générale du niveau de preuve d'une étude (HAS)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 6 : Calcul du coefficient kappa

		Examinatrice MF			
		Articles inclus	Articles exclus	Total d'articles	Pourcentage
Examinatrice IC	Articles inclus	**117**	11	128	6,2%
	Articles Exclus	0	**1930**	1930	93,8%
	Total d'articles	117	1941	2058	100%
	Pourcentage	5,7%	94,3%	100%	

Soit Co, la concordance observée :

$Co = \frac{117+1930}{2058} = 0{,}995$ soit une concordance observée de **99,5%** entre les deux examinatrices.

Soit Ca, la concordance attendue :

$Ca = \left(\frac{5{,}7}{100} \times \frac{6{,}2}{100}\right) + \left(\frac{94{,}3}{100} \times \frac{93{,}8}{100}\right) = 0{,}888$ soit une concordance attendue liée au hasard de **88,8%** entre les deux examinatrices.

Soit Cr, la concordance réelle :

$Cr = Co - Ca = 99{,}5 - 88{,}8 = 10{,}7$ soit une concordance réelle de **10,7%** entre les deux examinatrices.

Soit Cp, la concordance parfaite théorique :

$Cp = 1 - Ca = 1 - \frac{88{,}8}{100} = \frac{11{,}2}{100}$ soit une concordance parfaite théorique entre les deux examinatrices de **11,2%.**

Soit K, le coefficient kappa :

Le coefficient kappa correspond à la concordance observée par rapport à la concordance parfaite en retirant l'effet du hasard.

$K = \frac{Cr}{Cp} = \frac{10{,}7}{11{,}2} = 0{,}955$ soit un coefficient de kappa de **95,5%** entre les deux examinatrices.

AUTEUR : Isana CROS et Marion FILHOL

TITRE : Existe-t-il un impact de l'utilisation des réseaux sociaux chez l'adolescent sur le risque suicidaire ?

DIRECTEUR DE THÉSE : Dr Virginie QUENTIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Santé de Toulouse, le Mardi 10 Juin 2025

Résumé en français
Introduction : L'adolescence est une période de vulnérabilité marquée par de multiples transformations impactant la santé mentale. Si bien que le suicide est la 4eme cause de décès chez l'adolescent de 15 à 19 ans. L'utilisation croissante des réseaux sociaux par cette population soulève donc la question de l'impact de ces derniers sur le risque suicidaire. Cette étude vise à déterminer s'il existe un impact de l'utilisation des réseaux sociaux chez l'adolescent sur le risque suicidaire.
Méthode : Une revue systématique de la littérature a été menée en double aveugle recensant les articles s'intéressant aux adolescents de 10 à 19 ans exposés à tout type de réseau social se focalisant sur le risque suicidaire. Étude portant sur la période de 2016 à 2024, écrites en anglais, français ou espagnol.
Résultats : Un total de 2058 études a été retrouvé dont 23 articles inclus dans la revue. Leur analyse montre une association entre l'utilisation des réseaux sociaux et le risque suicidaire, les diverses dimensions du risque suicidaire étant concernées (automutilation, idées suicidaires, tentatives de suicide, suicide). Cet impact est influencé par le type et la durée d'utilisation ainsi que les caractéristiques de l'utilisateur lui-même.
Conclusion : Cette thèse permet de mettre en lumière un lien entre l'utilisation des réseaux sociaux et le risque suicidaire chez les adolescents en permettant d'identifier un profil d'adolescents particulièrement vulnérables. Elle souligne la nécessité d'une sensibilisation accrue des médecins généralistes et de leur équipe de soins primaires, des parents et des éducateurs afin de prévenir au mieux ces risques. Des recommandations pratiques nécessiteraient d'être développées afin de sécuriser l'utilisation des réseaux sociaux par la population adolescente.

Titre en anglais
Is there an impact of social media use on suicidal risk in adolescents? A systematic review of the literature.

Résumé en anglais
Introduction: Adolescence represents a vulnerable period marked by multiple transformations impacting mental health. Consequently, suicide is the fourth leading cause of death among adolescents aged 15-19 years. The increasing use of social media by this population raises questions regarding the impact of these platforms on suicidal risk. This study aimed to determine whether social media use has an impact on suicidal risk in adolescents.
Methods: A blinded systematic review of the literature was conducted to identify articles focusing on suicidal risk in adolescents aged 10-19 years exposed to any type of social network. Studies from 2016 to 2024, written in English, French, or Spanish, were included.
Results: A total of 2058 studies were identified, of which 23 articles were included in the review. The analysis of these articles revealed an association between social media use and suicidal risk, with various dimensions of suicidal risk being affected (self-harm, suicidal ideation, suicide attempts, and suicide). This impact is influenced by the type and duration of use, as well as characteristics of the user.
Conclusion: This thesis highlights a link between social media use and suicidal risk among adolescents, identifying a profile of particularly vulnerable adolescents. It emphasizes the need for increased awareness among general practitioners, their primary care teams, parents, and educators to better prevent these risks. Practical recommendations need to be developed to ensure the safe use of social media by the adolescent population.

Mots-Clés : Réseaux sociaux, adolescents, risque suicidaire, suicide, tentative de suicide, idées suicidaires, automutilation, cyber harcèlement

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France