



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS : ROLE ET PLACE DES
ACTEURS DE L'ECOLE DANS UN RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE
PREVENTION.**

– thème n° 12 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrices

Madame HELEINE

Médecin responsable départemental, conseiller technique de l'inspecteur académique, Rennes.

Madame YVER

Médecin de l'Education Nationale, Rennes

Nous tenons à présenter nos remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de répondre avec beaucoup de gentillesse à nos interrogations et ce, malgré un emploi du temps chargé.

Nous adressons plus particulièrement notre gratitude à Madame HELEINE et à Madame YVER qui ont su nous guider tout au long de ce séminaire interprofessionnel.

SOMMAIRE

1 LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE QUI A POUSSE LES POUVOIRS PUBLICS A INSTITUTIONNALISER UN RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE PREVENTION.....	3
1.1 DU SUICIDE AU RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE PREVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES DES ADOLESCENTS.	3
1.1.1 Le suicide : causes et théories.	3
1.1.2 L'adolescence.....	4
1.1.3 Epidémiologie des conduites suicidaires.....	5
1.1.4 Le réseau.....	9
1.1.5 Prévention et gestion de la crise.	10
1.2 LE CADRE REGLEMENTAIRE : L'ECOLE INSTITUEE EN ACTEUR D'UN RESEAU DE SANTE PUBLIQUE.....	11
1.2.1 Conduites suicidaires : Rôle de l'école et de ses acteurs dans la gestion de crise et la prévention.....	11
1.2.2 Conduites suicidaires : positionnement des acteurs dans un réseau sanitaire et social de prévention.....	13
2 REALITE DES PRATIQUES DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LEURS PARTENAIRES POTENTIELS EN ILLE ET VILAINE.	15
2.1 METHODOLOGIE ET PERTINENCE DE NOTRE DEMARCHE.....	15
2.2 LES ACTEURS DU RESEAU CONFRONTES A LEURS PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE GESTION DE CRISE.....	15
2.2.1 Représentation des conduites suicidaires.	15
2.2.2 Rôle des professionnels.....	16
2.2.1.1. Pour le rectorat.	16

2.2.1.2	Pour l'inspection académique.....	18
2.2.1.3	Au sein des établissements.....	19
2.2.1.4	Au niveau des unités de pédopsychiatrie hospitalière.....	19
2.2.2	L'existence d'un réseau.....	20
2.2.2.1	Pour le Rectorat et l'inspection académique.....	20
2.2.2.2	Pour chefs d'établissements.....	21
2.2.2.3	Pour le personnel médico-social en milieu scolaire.....	21
2.2.2.4	Pour les structures extra scolaires.....	22
2.2.3	Les problèmes rencontrés et les propositions formulées par les professionnels.....	22
2.2.3.1	Pour le Rectorat et l'Inspection Académique.....	22
2.2.3.2	Pour les acteurs de l'école.....	24
2.2.3.3	Pour les autres membres du réseau.....	26
3	PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL.....	28
3.1	Recueil et utilisation de l'information.....	28
3.2	Actions à l'intérieur de l'école.....	28
3.3	Renforcement et appropriation du réseau.....	29
3.4	Formation.....	29
	CONCLUSION.....	30
	BIBLIOGRAPHIE.....	31

Les données statistiques montrent l'importante mortalité par suicide qui existe en France : on dénombre 12 000 décès par suicide et environ 150 000 tentatives de suicide chaque année. Le suicide représente la première cause de mortalité chez les 25-34 ans, la deuxième chez les 15-24 ans après les accidents.

Ce constat récurrent a amené les pouvoirs publics à ériger la prévention et la lutte contre le suicide au rang de priorité de santé publique. Elles figurent notamment parmi les axes dégagés dans les conférences de santé, les programmes régionaux de santé et au sein du Haut comité de santé publique, ainsi que dans les orientations académiques.

L'institution scolaire, qui constitue un milieu de vie essentiel pour l'adolescent, n'a pas pour vocation principale de le soigner. Cependant, sa mission éducative comporte un important volet de santé publique et d'actions médico-sociales en faveur des élèves, tant sur le plan individuel que collectif. Le législateur l'a rappelé dans la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 que renforce la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Différents dispositifs initiés par l'Education Nationale invite à un travail en réseau au niveau local en cette matière.

Dès lors, il apparaît fondamental de s'interroger **sur le rôle et la place des acteurs de l'école dans un réseau de gestion de crise et de prévention des conduites suicidaires chez les adolescents.**

Le terme **conduite suicidaire** peut recouvrir un champ très large. Nous le définirons autour des notions d'acte suicidaire, de la tentative de suicide, de l'idée suicidaire et des conduites à risques. Elles s'articulent toutes autour d'une volonté consciente ou inconsciente de mettre fin à ses jours.

L'adolescence désigne la période de passage entre l'enfance et la vie d'adulte. Elle tend à s'étendre actuellement. Elle commence tôt sur le plan physiologique et sur celui des conduites sexuelles, et termine tard avec l'insertion sociale et professionnelle. On s'accorde majoritairement à la situer dans la tranche d'âge des 12-25 ans. Nous retiendrons pour notre étude **la tranche d'âge 15-25 ans.**

Le réseau renvoie étymologiquement au filet, constitué de mailles. Il doit donc permettre de retenir les cas significatifs afin de les protéger et de favoriser les échanges.

L'école s'entend dans le cadre de l'Education Nationale. Elle comprend donc au niveau local dans notre tranche d'âge les collèges et les lycées sous leurs diverses formes, et au niveau départemental et régional les instances de l'inspection académique et du rectorat. Les jeunes scolarisés dans les structures ne dépendant pas de l'Education Nationale (par exemple dans les Instituts Médico-Pédagogiques ou encore les jeunes détenus) ou qui sont déscolarisés, parfois avant l'âge légal de 16 ans, échappent donc à notre analyse. Nous nous attacherons plus particulièrement au département d'Ille et Vilaine.

Alors qu'un important dispositif réglementaire a été développé sur ce thème, on constate en pratique un taux de suicide qui demeure important. Dès lors, il convient d'étudier les réalités des établissements et de leur environnement. Nous pourrions alors appréhender les points de dysfonctionnement, et

proposer ainsi des mesures susceptibles d'optimiser la gestion et la prévention des conduites suicidaires par la concrétisation de **réseaux** de proximité efficaces.

Cela suppose au préalable de s'interroger sur la possibilité de traiter le suicide dans le cadre de l'institution scolaire.

Il convient donc en premier temps de dresser un **état des lieux** portant tant sur les données épidémiologiques, psychologiques et conceptuelles que sur les textes réglementaires existants.

Dans un second temps, à partir d'un travail de collecte d'informations sur le terrain, nous **formaliserons les données recueillies et nous dégagerons des pistes d'analyse.**

Enfin, en nous appuyant sur les critiques et propositions des acteurs rencontrés, nous **préconiserons des mesures d'amélioration réalistes**, dans la limite du temps et du champ d'étude qui nous ont été impartis.

1 LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE QUI A POUSSE LE LEGISLATEUR A INSTITUTIONNALISER UN RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE PREVENTION.

1.1 DU SUICIDE AU RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE PREVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES DES ADOLESCENTS.

1.1.1 Le suicide : causes et théories.

Les études de Brent (1988) et al. Marttunen (1993) ; Shafii et Shaffer indiquent une forte prévalence de syndromes dépressifs précédant l'acte suicidaire. Selon les écrits de **André Gagnon** (médecin Psychiatre), on peut dire du suicide qu'il est aussi vieux qu'universel : on en parle depuis le début des écrits de nos civilisations. Sa signification a varié au cours des âges et des cultures. Souligné et honoré dans les anciennes civilisations méditerranéennes, il continue d'être à l'honneur dans les sociétés asiatiques et du Moyen-Orient. Dans plusieurs religions, le suicide signifiait une rédemption parfois assurée. Il pouvait aussi libérer de l'esclavage, de la honte ou de la défaite. Dans le monde catholique, il est devenu un péché depuis le VI^{ème} siècle environ.

Dans l'analyse du suicide, **Emile Durkheim** insistait en 1897 sur l'importance des enjeux sociaux.

Il notait qu'en l'absence d'interaction et lors d'isolement, des suicides anomiques se manifestaient dans des époques de désintégration sociale. **Sigmund Freud** soulignait l'importance des facteurs inconscients et a pu expliquer comment le sur moi retourne contre soi l'hostilité ressentie à la perte d'un être cher ou en raison de sa part. Toutes les pertes peuvent bouleverser l'équilibre émotif et social, réduire l'estime de soi, amenuiser le sentiment de sécurité. Certaines pertes symboliques, autant que des pertes réelles, peuvent faire resurgir du passé de graves blessures émotives jusque là assez réprimées (Travail de M Pommerau).

Plus récemment, la recherche au niveau familial a bien indiqué comment le contexte familial influence un comportement suicidaire. Il peut s'agir d'un comportement appris, car le suicide y est beaucoup plus prévalent, mais aussi de l'indice d'un trouble biologique (troubles endocriniens, maladie du collagène, la sclérose en plaques amènent à la dépression, les syndromes organiques cérébraux sont associés au suicide). On a reconnu le rôle primordial du métabolisme de la sérotonine (passage à l'acte lorsque le taux baisse). Il peut aussi s'agir d'un processus morbide s'installant sur une pathologie psychotique et délirante. Enfin les études De Brent en 1994 ont mis en évidence l'association du suicide de l'adolescent et l'abus de substances toxiques.

Baechler propose huit significations psychologiques possibles à l'acte du suicide : *La fuite* (échapper à une situation insupportable), *le deuil* (compenser une perte inacceptable), *le châtement* (expier une faute réelle ou imaginaire), *le crime* (entraîner en même temps que soi, autrui dans la mort), *la*

vengeance (provoquer le remords d'autrui ou lui infliger l'opprobre de la communauté), l'appel et le chantage (faire pression sur autrui), le sacrifice et le passage (atteindre une valeur ou un état jugé supérieur), l'ordalie ou le jeu (s'éprouver soi-même).

Cependant toutes ces théories n'arrivent pas encore à bien traduire la détresse de ceux qui pensent au suicide : pour alléger des sentiments de désespoir ; pour éviter des situations insolubles ; pour punir des personnes aimées ; dans un espoir fusionnel ; pour obtenir de l'attention et modifier le comportement des autres à leur égard ; pour éviter les punitions ou la honte ; pour éviter les circonstances d'une maladie pénible ou d'être une charge pour autrui. En fait, personne ne manque de raisons pour se suicider. Néanmoins la majorité d'entre nous trouvent d'autres solutions.

Celui qui attente à sa vie ne le fait ni par courage ni par lâcheté. Il le fait par désespoir, car dans l'instant, il n'imagine pas pouvoir continuer à supporter un jour de plus sa souffrance.

Il n'y a de profil ni en matière d'âge, ni au niveau de l'activité professionnelle ; En fait, ce que l'on retrouve le plus, c'est une atteinte de l'estime de soi qui amène le sujet à se croire seul, à penser que personne ne peut le comprendre et que l'autre pose un regard dévalorisant sur lui. Cet état d'esprit constitue une impasse qui se rétrécit au fil du temps. L'adolescence et ses remaniements, l'école et le culte du classement peuvent favoriser l'altération de l'estime de soi. Certaines études s'interrogent sur les répercussions psychologiques des méthodes pédagogiques. Un champ de recherche reste ouvert.

Malgré tout, le suicide demeure un événement rare, et difficile à prédire.

1.1.2 L'adolescence.

L'étude psychologique de l'adolescence s'est développée à une époque récente et aujourd'hui encore, certains psychologues se demandent s'il est vraiment justifié de parler d'une psychologie spécialisée de cet âge de la vie. Pourtant, celui-ci se distingue par des transformations particulièrement importantes dans l'organisation biologique et la position sociale de l'individu, ainsi que par des problèmes d'adaptation aigus qu'il pose à l'adolescent et à son entourage.

Sans avoir à rappeler les transformations physiques de la puberté, il importe de voir dans quelle mesure elles affectent la personnalité de l'adolescent. Les transformations du corps remettent en cause le schéma corporel. Au cours de l'adolescence, l'ancienne image du corps devient incompatible avec les nouvelles dimensions corporelles du moi. Parfois ce corps apparaît comme quelque chose d'étrange et d'étranger, donnant lieu à une sorte de dépersonnalisation transitoire : le sujet est maladroit, empêtré dans ce corps dont les différents aspects ne sont pas assimilés de façon homogène et dont il cherche à éprouver les possibilités à travers des exercices physiques violents (expériences qui passent par des vicissitudes comme l'expérience du corps « morcelé » étudiée par Mélanie Klein).

Le début de l'adolescence comporte une période de nostalgie et d'inquiétude, corrélative à une certaine prise de distance par rapport aux parents ; puis un intérêt accru pour le propre moi, et

enfin une phase de tâtonnement, l'engagement dans de nouvelles relations amicales, amoureuses, sociales.

La théorie psychanalytique permet de comprendre cette évolution à partir de certains mécanismes profonds. Ainsi Anna Freud a été frappée par la ressemblance entre les attitudes de l'adolescent et la « réaction de deuil » des personnes ayant perdu un être aimé, par la mort ou à la suite d'une rupture. Selon elle, la poussée instinctuelle de la puberté renforce l'attachement aux objets d'amour primitifs, c'est à dire aux parents, avec tout son cortège de fantasmes à caractère incestueux. Il y a là une régression, et l'adolescent doit se garder en luttant contre cet investissement et en détachant de ses objets d'amour sa libido. Celle-ci se retrouve sans objet, flottante en quête d'un nouvel objet d'amour. On peut observer un autre moyen de défense : l'agression, moyen de défense contre l'ancien objet d'amour, se retourne contre le moi lui-même, et l'adolescent en vient à se torturer et à se tourmenter, à se réfugier dans un isolement dépressif, qui conduit parfois à des actes suicidaires (retournement de l'agression contre soi). En effet, le jeune se sent alors à la fois plus abandonné et plus coupable, et son agressivité ne trouvant pas d'objet extérieur est amené à se retourner contre le moi. Un autre moyen de défense possible est le déplacement de la libido sur de nouveaux objets (substituts parentaux : chefs, professeurs, amis des parents).

Par le mécanisme de l'intellectualisation, l'adolescent ne rejette pas ses pulsions, mais il les envisage sous un aspect purement théorique et dépouillé de toute charge affective. Il transforme en idées abstraites tout ce qu'il serait tenté de ressentir et se montre capable de se livrer à des discussions interminables et très détachées sur des sujets comme l'amour libre ou la contraception.

1.1.3 Epidémiologie des conduites suicidaires.

Le suicide.

En 2000, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 13% de la population française soit 7 702 655 personnes. Pour la France entière, on dénombre environ 1000 décès par suicide chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (1995). On peut augmenter ce chiffre d'environ 20%, en comptant les décès enregistrés comme accidents ou autre cause de mortalité, mais qui seraient en réalité des suicides non déclarés.

Le pourcentage de suicide augmente avec l'âge. Compte tenu de la diminution des autres causes de mortalité chez les jeunes, il est devenu une des principales causes de décès chez les 15-24 ans. En 1995, le taux de mortalité par suicide représente 11% ainsi des décès des 15-19 ans et 17% pour les 20-24 ans. A cet égard, la France est un des 10 pays les plus touchés d'Europe, les 9 autres pays étant des pays du Nord et de l'Est du continent.

Les modes de suicide utilisés par les adolescents sont souvent violents : la pendaison et l'arme à feu sont les plus fréquents (36% et 31%) pour les garçons. Les filles utilisent la pendaison et les intoxications médicamenteuses (27% et 26%), ainsi que les armes à feu dans 15% des cas. La

mortalité par suicide est 3 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (13,7 décès par suicide pour 100 000 garçons et 4,3 pour 100 000 filles). La surmortalité masculine, retrouvée à tous les âges, s'explique pour partie par l'utilisation de moyens plus violents.

Après une période de stabilité entre 1950 et 1970, l'incidence du suicide a augmenté de façon significative dans les années 1970 avec une augmentation globale de 38% entre 1975 et 1985. Cependant, depuis 1985, l'incidence globale du suicide diminue toutes tranches d'âge confondues, mais moins rapidement chez les jeunes ainsi que chez les hommes.

Il semble qu'après l'âge de 16 ans le pourcentage de suicide soit plus important chez les jeunes non scolarisés que chez les jeunes scolarisés. Mais il est difficile de donner des chiffres.

Dans la région Bretagne, le taux de mortalité par suicide est supérieur de 53% à la moyenne française chez les hommes et de 60% chez les femmes. Les taux varient faiblement entre les départements, les plus faibles étant en Ille-et-Vilaine, les plus élevés dans les Côtes d'Armor.

La Bretagne est la région la plus touchée de France avec d'autres régions du Nord-Ouest. Cette situation est ancienne et les raisons ne sont pas connues. On retient cependant comme causes probables l'importance de l'alcoolisme et l'isolement en zone rurale. Les taux de suicide sont plus élevés que la moyenne nationale dans toutes les tranches d'âge. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la mortalité par suicides atteignait en 1996 pour toute la Bretagne 21,2 pour 100 000 garçons et 8,4 pour 100 000 filles (source : ORS Bretagne). Comme dans la France entière, on observe en Bretagne que le taux de suicide a tendance à baisser depuis 1980 chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les tranches d'âge supérieures à 45 ans, alors qu'il augmente chez les 25-44 ans.

Les tentatives de suicide

On dénombre en France 100 000 tentatives de suicide (TS) hospitalisées par an. Cependant, le chiffre réel des tentatives de suicide est estimé de 120 000 à 200 000 par an pour certains auteurs. Même si des données précises sont difficiles à obtenir, on retiendra que le chiffre en est très élevé. Comme pour les décès par suicide, la France se situe parmi les pays les plus touchés par les TS en Europe.

Selon les études, on estime que 4 à 15% des adolescents ont fait une TS. (on trouve 6 % dans une enquête faite en milieu scolaire). Seulement un tiers des jeunes suicidants seront hospitalisés, et parmi ceux-ci, 30 à 50 % voient un psychiatre durant leur hospitalisation. Ainsi, la majorité des TS passe inaperçue, une enquête en population générale montrant que 50% des jeunes ayant fait une tentative de suicide n'en avaient jamais parlé à personne et n'étaient donc pas pris en charge.

Les TS sont trois fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, et l'intoxication médicamenteuse est le moyen utilisé dans 80% des cas . La première TS, quelle que soit sa gravité au plan clinique, est suivie d'au moins une rechute dans 30 à 50% des cas, la récurrence étant plus fréquente chez les garçons et dans la première année qui suit l'acte.

Les idées suicidaires.

Les idées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité que de l'intentionnalité, ont été moins étudiées que les comportements suicidaires. Un des obstacles réside dans le fait que l'idée n'est pas toujours exprimée et qu'il est donc difficile de les identifier.

Dans la population contactée pour le Baromètre Santé, 10% ont pensé au suicide dans l'année (7,5% des garçons et 13,7% des filles)¹. 12% de ceux qui ont eu des idées suicidaires ont fait un projet précis de suicide. Parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, 57,6% avaient pensé au suicide dans l'année, avec une prédominance de filles.

Dans une étude sur 3000 jeunes considérés en bonne santé, faite en Haute-Marne en milieu scolaire, on trouve 7% de jeunes ayant eu des idées suicidaires, mais beaucoup plus ayant une humeur triste, un sentiment de désespoir ou de souffrance. Ces chiffres varient de 20 à 50% dans d'autres enquêtes.

Le rapport idées suicidaires/tentatives de suicide se situe autour de 4. Avec l'âge, ce rapport augmente chez les garçons et diminue chez les filles. Les adolescents ayant eu des idées suicidaires ont aussi plus de conduites addictives, plus d'expérience de violence (agie ou subie), plus d'accidents et de prise de risque.

La qualité de la communication à l'intérieur de la famille est aussi reliée à l'existence d'idées suicidaires. Ainsi, les jeunes qui perçoivent une bonne cohérence familiale, qui ont le sentiment d'être objet de l'estime de leurs parents, et qui arrivent à parler avec un membre de la famille ou même avec un professeur ont moins d'idées suicidaires. Cause ou conséquence de l'état psychologique de l'adolescent, ces constatations peuvent représenter des points importants dans le dépistage et la prévention des idées suicidaires.

¹ Enquête téléphonique de Baromètre Santé dont les réponses possibles étaient oui/non.

Les conduites à risque.

Ce sont les comportements à travers lesquels le jeune met en danger sa propre vie. Il s'agit des prises excessives de psychotropes ou d'alcool, de la conduite risquée sur route, d'actes de délinquance, de fugues, de comportements violents etc...

Ces conduites à risque sont clairement identifiées comme des facteurs de risque importants du passage à l'acte suicidaire. Leur prévalence parmi les jeunes est importante, mais difficile à évaluer car le seuil du « risque » est variable selon les définitions. L'accumulation de plusieurs conduites à risque en augmente la gravité.

LES FACTEURS DE RISQUE

On ne définit pas précisément les causes d'un suicide et d'une tentatives de suicide, mais de nombreuses études ont mis en évidence les facteurs de risque les plus fréquents.

Chez l'adolescent les facteurs de risque psycho-sociaux les mieux identifiés sont, par ordre d'importance:

- TS antérieure ou hospitalisation en psychiatrie.
- Antécédent d'alcoolisme ou de prise de toxiques.
- Placement précoce dans l'enfance en établissement collectif ou en garde complète (angoisse de perte, d'abandon).
- Non-scolarisation.
- Foyer dissocié.
- Suicide, maladie psychiatrique ou désordre émotionnel important dans la famille.
- Inhibition, instabilité, isolement social.
- Passé d'impulsivité, facilité à passer à l'acte en matière de drogue, d'alcool, de vols, d'absentéisme scolaire (conduites à risque).
- Origine étrangère (facteur probablement lié aux problèmes sociaux et d'identité culturelle)

Ces facteurs sont souvent multiples et intriqués.

On retrouve aussi chez les jeunes suicidants des antécédents d'abus sexuels et de maltraitance, des antécédents de fugues ainsi qu'une appréciation négative de la place de l'adolescent dans sa famille avec un sentiment de rejet par le père ou par la mère.

Du point de vue clinique, les facteurs de risque les plus fréquents chez les jeunes suicidants sont :

- Présence de troubles mentaux : dépression ou psychose.
- Grand désespoir.
- Passé d'idées ou d'actes suicidaires impulsifs.
- Plan pré établi de suicide.

- Présence d'un moyen à portée de main (arme à feu dans la maison).
- Comportements « terminaux » (rédaction d'un testament, dons d'objets...).
- TS récente.

Parmi les troubles mentaux, on retrouve une psychose de type schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive dans 5% à 10% des suicides. La dépression est beaucoup plus fréquente, dans 40 à 80% des cas selon les auteurs. L'estimation de sa fréquence varie selon les études à cause des définitions et des méthodes de recueil de données utilisées. En France sur 12 041 suicides annuels, on estime que la moitié ont une pathologie psychiatrique associée, dont pour 35 % une dépression. Ces chiffres concernent le total des suicides et ne sont pas spécifiques des adolescents.

Les facteurs déclenchants sont des évènements récents qui fragilisent l'adolescent et le rendent incapable d'accepter un échec, de trouver une réponse à sa souffrance, ainsi on retrouve dans 70% des cas des problèmes familiaux, des soucis scolaires ou une rupture sentimentale. Le pronostic est plus grave en l'absence de facteur déclenchant.

Enfin en cas de TS, on reconnaît des facteurs de gravité de l'acte chez l'adolescent, qui font craindre davantage une récurrence. Ce sont :

- Les circonstances de l'acte (dissimulation, préméditation).
- La précocité de l'âge.
- La banalisation ou le déni du geste par son auteur.
- La persistance d'une idéation suicidaire.
- Les difficultés existentielles chroniques.
- Le diagnostic d'un trouble mental avéré.

1.1.4 Le réseau.

Les textes de référence de l'Education Nationale ne donnent pas, en tant que tel, une définition précise de la notion de réseau. Cependant, nous retiendrons deux définitions qui semblent correspondre à notre thématique. De manière générale, le réseau peut se définir comme "un système de liaison entre des personnes formant un ensemble ²". Enfin, dans le domaine de la santé, les ordonnances Juppé du 24 juin 1996, relative à la médecine de ville définissent ainsi les réseaux : "ils doivent avoir pour objectif de mobiliser des ressources sanitaires, sociales, et autres sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la

² Définition du petit Robert.

continuité des soins qui lui sont dispensées, et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation médico-sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention". C'est dans ces deux acceptions que s'inscrit le rôle et la place de l'école dans un réseau de gestion de crise et de prévention des conduites suicidaires chez les adolescents.

Dans ce travail nous avons défini les acteurs du réseau autour des conduites suicidaires des adolescents (voir schéma page suivante).

1.1.5 Définitions de la prévention des conduites suicidaires et de la gestion de crise.

La prévention

La prévention primaire se situe en amont de l'apparition des maladies ou traumatismes, et comprend "tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une pathologie dans une population, donc à réduire le risque de survenue de nouveaux cas". Dans le domaine du suicide, ce sont les activités de sensibilisation, d'information, et d'éducation pour prévenir les conduites suicidaires.

La prévention secondaire se situe à l'extrême début de la maladie, et comprend "tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une pathologie ou d'un traumatisme dans une population, donc à réduire le nombre de patients en réduisant la durée d'évolution". C'est le dépistage et le traitement précoce. Dans le domaine du suicide il s'agit du repérage des changements de comportement et de mesures visant à réduire les risques chez des adolescents identifiés selon des critères définis.

La prévention tertiaire comprend "tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à l'état". Ce sont la réadaptation et la réinsertion professionnelle et sociale. Dans le domaine du suicide, la prévention tertiaire vise à éviter les séquelles après une tentative de suicide et à prévenir les récidives.

La gestion de crise.

Dans le domaine du suicide la crise est provoquée par le décès ou par la tentative de suicide d'un élève. Les actions sont dirigées vers l'adolescent et son entourage, ainsi que vers l'équipe scolaire.

Gérer la crise signifie :

- la prise en charge curative immédiate de l'acte suicidaire si il s'est passé dans l'établissement, y compris le recours au réseau interne et externe à l'école
- au niveau de l'établissement informer les élèves et l'équipe pédagogique de l'acte, et en cas de décès accompagner le deuil.
- utiliser l'occasion pour sensibiliser et dispenser une information sur le thème

La gestion de crise après que l'acte est été posé comprend des mesures médicales, paramédicales et administratives. Elle s'articule avec la mise en œuvre d'actions éducatives et d'une information pour prévenir les récives et la "contagion" aux adolescents de l'entourage.

1.2 LE CADRE REGLEMENTAIRE : L'ECOLE INSTITUEE EN ACTEUR D'UN RESEAU DE SANTE PUBLIQUE.

Les textes réglementaires abordent le suicide des adolescents de façon incidente à travers les missions sanitaires et sociales de l'Education Nationale. On n'en trouve la mention expresse que dans certaines circulaires récentes. On distingue les dispositions internes à l'école de celles préconisant un travail en réseau avec les autres acteurs intéressés.

1.2.1 Conduites suicidaires : rôle de l'école et de ses acteurs dans la gestion de crise et la prévention

La responsabilité des actions de promotion de la santé en milieu scolaire a été confiée au ministère de l'Education Nationale par le *décret du 21/12/84*.

Dans cette logique, la *loi du 10/07/89 d'orientation sur l'éducation* assigne à l'Education Nationale une mission sanitaire et sociale. Ainsi, elle prévoit dans son article 14 que les psychologues scolaires font partie des équipes pédagogiques³, et dans son article 15, que les personnels administratifs, techniques, ouvriers, sociaux, de santé et de service, membres de la communauté éducative⁴, assurent la protection sanitaire et sociale.

Au-delà, les acteurs concernés par la protection et la prévention sanitaire et sociale des adolescents appartiennent à l'ensemble de la communauté éducative. Parmi eux, chef d'établissement, médecin scolaire, infirmière, secrétaire médico-sociale, assistante sociale occupent néanmoins une place privilégiée. Diverses structures compétentes en matière sanitaire et sociale sont prévues par les textes :

Au niveau de l'établissement :

- **Le service de promotion de la santé en faveur des élèves:** Il rassemble le médecin scolaire, l'infirmière et la secrétaire médico-scolaire. Il a pour mission, selon la *circulaire du 24/06/91*⁵, de promouvoir la santé physique et mentale, ainsi que de concourir à la

³ Les enseignants ayant en charge un même groupe d'élèves ou exerçant dans un même champ disciplinaire et des personnels spécialisés (art 14 loi de 89)

⁴ Elle rassemble les élèves et tous ceux qui, dans l'établissement scolaire ou en relation avec lui, participent à la formation des élèves (personnels de direction, d'enseignement, d'éducation, de surveillance, sanitaire et social, d'orientation, administratifs, les parents d'élèves, les partenaires extérieurs) ; art 1^{er} de la loi de 89 précisé par la circulaire du 01/07/98.

⁵ Circulaire n°24-148 du 24 juin 91, relative aux missions et au fonctionnement du service de promotion de la santé des élèves.

prévention des difficultés des jeunes et à l'éducation à la santé, en prenant en compte notamment les facteurs de risque spécifiques. A cette fin, il lui incombe d'effectuer d'une part, des actions de portée générale et, d'autre part, des actions sélectives à la demande de l'équipe éducative, en fonction des caractéristiques locales.

- **Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) :** Créé par la *loi du 29/07/98*⁶, il est "présidé par le chef d'établissement" (*article 21 bis de la loi d'orientation sur l'éducation*). Il associe l'ensemble de la communauté éducative et les partenaires extérieurs selon une composition évolutive et variable selon les caractéristiques locales. Parmi ses missions, celles pouvant être rattachées aux conduites suicidaires des adolescents consistent notamment à :

- organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement, ainsi qu'assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école (*circulaire du 01/07/98*) ;
- définir et mettre en œuvre l'éducation préventive en matière de conduite à risque dans le cadre du projet d'établissement. La loi du 29/07/98 prévoit la simple "contribution" du CESC à cet objectif. La *circulaire du 02/11/99 relative à la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires* en fait le "cadre privilégié" de cette politique. Enfin, la *circulaire du 24/11/98 précisant les orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège* assigne au CESC un rôle de diagnostic, de coordination, de suivi et d'évaluation en cette matière.

- **La commission de suivi :** Mentionnée par la *circulaire du 02/11/99*, ce n'est pas un dispositif réglementaire. Elle peut comprendre des membres divers de la communauté éducative. Elle a pour mission d'assurer le suivi global de l'élève et, dans ce cadre, le traitement des situations de détresse et des conduites à risque.

- **La commission technique sociale (CTS) :** Il s'agit d'un dispositif facultatif institué dans 15 départements après validation de l'inspecteur. Elle rassemble, sous la houlette du chef d'établissement, la communauté éducative et notamment le conseiller principal d'éducation (CPE), avec un rôle de référent assigné à l'assistant social.

⁶ Loi du 29 juillet 1998, article 143, insérant un nouvel article 21 bis dans la loi du 10 juillet 1989.

- Les actions des différents dispositifs s'inscrivent dans le cadre tracé par le **projet d'établissement** qui définit les "modalités particulières de mise en œuvre des objectifs et des programmes nationaux"⁷.

Structures au niveau de l'Académie et du département :

Le recteur est responsable dans son Académie de la politique de santé définie par le ministre, l'inspecteur d'académie étant responsable de sa mise en oeuvre. Notamment, ils mettent en place des **groupes académiques de pilotage** des CESC qui regroupent, autour d'un coordinateur, des **conseillers techniques** nommés par concours, responsables de la vie scolaire et du domaine médico-social, sans exclure toute autre compétence (circulaire du 01/07/98).

1.2.2 Conduites suicidaires : positionnement des acteurs dans un réseau sanitaire et social de prévention.

L'école s'inscrit dans un réseau de services publics et d'organismes actifs dans la prévention des conduites suicidaires chez les adolescents. L'article 18 de la loi du 10/07/89⁸ précise ainsi que, dans le cadre du projet d'établissement, "les établissements scolaires et universitaires organisent des contacts et des échanges avec leur environnement économique culturel et social". La circulaire du 01/07/98 souligne également le "rôle fort de l'institution éducative au sein d'un maillage public de prévention".

Il existe plusieurs structures de coordination des réseaux au sein de l'école :

Le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) : Il incombe au CESC, dans le cadre défini par le projet d'établissement, un rôle pilote dans la mise en place de réseaux. La *circulaire du 02/11/99*⁹ prévoit ainsi que le CESC associe "dans une logique de réseau" l'ensemble de la communauté éducative, les associations de quartier et les partenaires extérieurs institutionnels. La *circulaire du 01/07/98*¹⁰ précise également que le CESC "constitue un outil privilégié de coordination des différents partenaires, en particulier, ceux relevant de politiques spécifiques"¹¹. Néanmoins, la *circulaire du 01/07/98* dispose que le travail en partenariat des établissements scolaires dans le cadre de la politique éducative en matière de prévention des conduites à risque ne doit pas être prétexte à un désengagement de l'Education Nationale de ses responsabilités en matière de prévention. En d'autres termes, elle renvoie l'école à ses propres responsabilités.

⁷ Article 18 de la loi du 10 juillet 89 d'orientation sur l'éducation introduit par la loi du 29/07/98.

⁸ Introduit par la loi du 29/07/98.

⁹ Circulaire "repère pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires.

¹⁰ Prévention des conduites à risques et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

¹¹ Ces acteurs désignent notamment les zones d'éducation prioritaire, groupes opérationnels d'actions locales de sécurité (GOAL), comités départementaux et communaux de prévention de la délinquance, les structures de concertation des politiques de la ville, les contrats locaux de sécurité.

Service de promotion de la santé en faveur des élèves : Il constitue une "interface entre les jeunes, le monde la santé, le monde de l'enseignement, le tissu familial et social" (*circulaire 24/06/91*)⁷. Le service de promotion de la santé pratique un "partenariat et une coopération permanente avec les structures et les personnels de santé relevant du ministère de la santé, de l'Education Nationale, des collectivités locales et notamment services départementaux de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance, de même qu'avec les services de la médecine du travail". Il assure "ses missions en relais avec les réseaux environnementaux".

Les exemples de partenariat :

- SEPIA École. Il s'agit d'une convention Education Nationale / SEPIA / DASS pour mettre en place un dispositif de dépistage et de prise en charge des jeunes présentant des risques suicidaires.
- Education Nationale / INAVEM (convention du 03/04/99).
- Centre d'éducation pour la santé et l'école.

En définitive, le travail en réseau n'est pas une obligation mais une forte incitation (circulaires¹² des 24/06/91 et 02/11/99). En Bretagne, l'Académie invite ainsi à "créer son propre réseau avec le soutien des responsables départementaux".

¹² Circulaire "repère" et circulaire orientations sur l'éducation à la santé
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2000

2 REALITE DES PRATIQUES DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LEURS PARTENAIRES POTENTIELS EN ILLE ET VILAINE.

2.1 METHODOLOGIE ET PERTINENCE DE NOTRE DEMARCHE.

Le recueil et l'analyse des données reposent essentiellement sur les entretiens réalisés auprès des professionnels. La liste de ceux ci nous a été communiquée par les animatrices du module et complétée au gré de nos besoins. Ainsi, des entretiens ont été réalisés auprès des institutions de l'Education Nationale (rectorat et Académie, établissements du second degré, ...), des professionnels de la santé (inter secteur de psychiatrie, médecin généraliste, ...) et du secteur médico-social. Les rendez vous ont été pris par téléphone et les entretiens se sont déroulés sur une semaine. A cet effet, une grille d'entretien unique a été élaborée et a servi de fil d'Ariane. Ainsi, les professionnels rencontrés sont les suivants :

Au sein de l'Education Nationale

- Madame MAITROT, médecin conseiller technique auprès de Monsieur le recteur d'Académie.
- Madame HELEINE, médecin conseiller technique auprès de Monsieur l'inspecteur d'Académie.
- Madame SCHERRER, assistante sociale, conseiller technique auprès de Monsieur l'inspecteur d'Académie.
- Madame CHAPELLE, infirmière, conseiller technique auprès de l'inspecteur d'Académie.
- Madame DALLOZ, proviseur du Lycée Jacques Cartier à saint Malo et Monsieur MARIE, proviseur adjoint.
- Monsieur ROUQUETTE, proviseur au lycée professionnel Louis GUILLOUX à Rennes.
- Madame MAHE, conseiller principal d'éducation au lycée professionnel Louis GUILLOUX à Rennes.
- Madame LE DUFF, assistante sociale au lycée professionnel Louis GUILLOUX à Rennes.
- Madame DELEFOSSE, médecin de l'Education Nationale à Saint Malo.
- Madame MARTIN, infirmière scolaire au lycée professionnel Louis GUILLOUX.
- Madame GUILLOUX et Monsieur GERVOIS, Infirmiers au LEP "Bel Air" de TINTENIAC

Les autres professionnels :

- Docteur COHEN, pédopsychiatre, hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris (conférence débat).
- Docteur LEVAYDEN, pédopsychiatre au centre hospitalier de saint Malo.
- L'équipe du Docteur LEHUEDE, médecin responsable de l'inter secteur de pédopsychiatrie à Rennes.
- Cabinet de médecins généralistes à Combourg (entretien téléphonique).
- Monsieur MILLET, chef de service au centre de placement familial spécialisé géré par l'association "la sauvegarde de l'enfance".
- Directeur du Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de Villejean à Rennes (entretien téléphonique).
- Monsieur COTTIN, éducateur en prévention spécialisée, association "Le relai".

Exploitation des entretiens.

L'exploitation des informations recueillies lors des entretiens s'est faite autour de quatre thèmes :

- Définition des conduites suicidaires
- Rôle des professionnels dans la prévention.
- Représentation du réseau.
- Problèmes rencontrés et propositions.

Une synthèse des entretiens est présentée sous ces trois thèmes successivement. Les réflexions et les analyses faites par l'ensemble du groupe sur l'ensemble des entretiens est inscrit en italique dans le texte.

2.2 LES ACTEURS DU RESEAU CONFRONTES A LEURS PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE GESTION DE CRISE.

2.2.1 Définition des conduites suicidaires

L'ensemble des personnes interrogées sur les conduites suicidaires des adolescents donne une définition relativement large de leurs représentations.

Pour eux, il existe certes la tentative de suicide en tant que geste posé qui se voit, mais également un ensemble de conduites à risques. Ils parlent de "prise de risques" avec quelquefois addiction de plusieurs paramètres qui peuvent être l'alcool, la drogue, l'usage de médicaments, des atteintes physiques corporelles (anorexie, scarifications...) et pouvant aller jusqu'à des conduites en état d'ébriété...

Les adolescents rentrent dans un processus morbide et mettent leur vie en danger. Pour les personnes interviewées, un certain nombre d'éléments de repérage de ces conduites suicidaires existent :

- Comportementaux : absentéisme, décrochement scolaire, élèves atones...
- Atteintes physiques visibles
- Souffrance psychique exprimée auprès d'un tiers au sein de l'établissement
- Problèmes socio-familiaux.

Tous ne rattachent pas ces conduites suicidaires à des problèmes psychologiques ou pathologiques. Elles sont parfois inattendues et relèvent d'événements familiaux, intimes (déception amoureuse, grossesse non avouée) ou même de difficultés scolaires.

Nous nous interrogeons sur la pertinence d'une définition aussi large de la conduite suicidaire. Certes les causes sont multiples, complexes et difficilement repérables. Mais cette vaste définition ne nuit-elle pas à la mise en place d'un système de prévention et de dépistage précis et efficient ? De plus, ne serait ce pas le moyen, pour l'entourage de l'adolescent, d'atténuer un sentiment de culpabilité en se protégeant derrière la complexité des causes et des modes d'expression des conduites suicidaires ?

2.2.2 Rôle des professionnels dans la prévention

2.2.2.1 Pour le rectorat.

La prévention primaire passe par des actions collectives et un travail en amont dans le sens de l'amélioration des conditions de vie et de bien être physique et mental des élèves. La prévention secondaire en milieu scolaire consiste dans le repérage et l'accompagnement. La prévention tertiaire est individuelle, vis à vis du jeune suicidaire, et collective pour éviter les effets miroirs.

Le rectorat souligne, à ce titre, le rôle du CESC comme fondamental au niveau de la structure et dans la définition des actions de prévention. Le SPSFE s'attache plus à l'action individuelle en terme de repérage et de décision en situation d'urgence. Nous pouvons nous interroger sur les objectifs affichés par le rectorat en matière de prévention et de gestion de crise. Ceux-ci restent théoriques. Nous n'avons pas constaté l'existence d'outils adaptés au terrain qui faciliteraient le travail des acteurs, notamment au niveau du repérage.

Pour la formation des acteurs, le rectorat met à disposition un réseau interne de ressources humaines pour aider les établissements. Les membres du réseau sont nommés sans toutefois faire l'objet d'une identification géographique explicite et propre aux divers établissements.

Il propose également un plan de formation adapté aux différents acteurs de terrain, enseignants, corps professionnels et membres des CESC. Par ailleurs, le rectorat élabore différents outils : "agenda

santé », un annuaire des médecins de l'éducation nationale, distribué aux médecins généralistes, dans le cadre d'une convention régionale avec l'Union Régionale des médecins Généralistes, la plaquette « suicide, pour une démarche de prévention dans l'établissement ».

2.2.2.2 Pour l'inspection académique.

Trois catégories d'acteurs ont été interviewés : assistante sociale, médecin Education Nationale et infirmière, tous Conseillers Techniques auprès de l'Inspecteur Académique. Elles insistent sur le rôle essentiel du repérage (alerte) au sein de l'école avec la nécessité d'une collaboration étroite entre les divers acteurs de la communauté scolaire (équipe éducative et pédagogique). Pour elles, la prévention du suicide nécessite une verbalisation avec une approche centrée sur l'écoute, l'aide, l'accompagnement des élèves.

Le rôle du CESC, comme structure de prévention, a été notifié par l'ensemble des trois conseillers techniques avec la nécessité de formaliser des "projets santé" dans les projets d'établissement.

Dans la gestion de la crise, l'assistante sociale conseiller technique mentionne l'existence d'une cellule départementale en cours d'élaboration qui devrait aider à la formalisation des procédures. Pour le suivi, sur le plan départemental, il a été mis en place un Comité Technique Social (CTS) par établissement, qui travaille avec un réseau formalisé. Cette organisation est spécifique à la région Bretagne.

Concernant la formation, l'inspection académique répercute les propositions inscrites dans le plan de formation du rectorat auprès des établissements, et élabore son propre plan de formation et de sensibilisation issue des demandes catégorielles des divers établissements.

Il nous semble intéressant de souligner cet aspect car chaque catégorie professionnelle dispose de son plan de formation. En théorie, pour les infirmières des établissements, il existe un stage général d'adaptation à l'emploi (2 jours) durant lequel les conduites suicidaires sont généralement abordées. Néanmoins, il nous semble que cette formation sur la prévention et la gestion des conduites suicidaires demeure encore relativement insuffisante.

Pour les médecins de l'Education Nationale, un état des lieux a été réalisé sur une année et a permis la mise en place d'une formation continue de deux années sur des problématiques de santé spécifiques, locales, adaptées aux secteurs scolaires. Cependant, ce plan de formation continue demeure toujours facultative.

Pour l'assistante sociale, il n'existe pas réellement de formation spécifique aux conduites suicidaires. Elles sont abordées de manière globale dans les différentes formations générales. Elles sont également facultatives et dépendent des nécessités du terrain.

2.2.2.3 Au sein des établissements.

L'ensemble des professionnels interrogés considère, au niveau de la prévention, que le rôle d'accompagnement est prépondérant, mais difficile à concilier avec l'enseignement pédagogique.

L'approche relationnelle de la communauté scolaire paraît importante dans la prise en charge individuelle : la considération de l'élève, de son histoire mais aussi des caractéristiques et spécificités scolaires (par exemple, la dévalorisation de l'image personnelle de l'élève en lycée professionnel ou la structure propre à l'internat avec présence du jeune en milieu clos). Concernant la gestion de la crise, les entretiens révèlent l'absence de procédures formalisées. L'établissement s'adapte dans l'urgence. Les pratiques dépendent :

- Du chef d'établissement (son implication, sa sensibilisation au problème et son investissement dans le projet de santé).
- Du conseiller principal d'éducation (son implication et ses relations avec le service médical scolaire).
- De l'infirmière scolaire (son implication et sa connaissance des élèves et de l'établissement).
- Du médecin de l'Education Nationale (difficultés liées aux vacances ponctuelles planifiées sur plusieurs établissements).
- De l'assistante sociale.
- De l'investissement, la sensibilisation des enseignants à cette problématique.

Tous les acteurs signalent le fait que l'école n'est pas un lieu de soin, mais un terrain neutre participant au repérage des conduites suicidaires. A ce titre c'est un relais vers les lieux de soins. Plusieurs acteurs insistent sur la place importante des délégués de classe et sur la nécessité de les sensibiliser. Sur cette problématique. Ces délégués sont un maillon entre les élèves de la classe et l'équipe scolaire. *Nous reviendrons plus tard sur ce rôle joué par les délégués.*

2.2.2.4 Au niveau des unités de pédopsychiatrie hospitalière.

Ces structures s'intéressent essentiellement à l'accompagnement de l'adolescent quand le geste est posé et qu'il a été pris en charge dans le service des urgences. Ils interviennent également dans des actions collectives, sur des thèmes de prévention. Ces dernières sont réalisées auprès des membres de la communauté scolaire et des parents. Elles ne s'adressent pas au public adolescent car un effet inverse (effet miroir) pourrait être constaté. Il est à noter que les médecins de ces structures insistent beaucoup sur les principes déontologiques (secret médical et secret professionnels) et ne pratiquent pas de retour systématique des informations même si l'école est à l'origine de la demande d'hospitalisation. Ils communiquent occasionnellement avec les médecins de l'Education Nationale (MEN). Dans certaines circonstances, sur demande et accord du jeune et de ses parents, ils peuvent mettre en place une coordination et un suivi de l'adolescent en concertation avec le service médical scolaire et/ou d'autres acteurs.

Leur participation au sein du réseau de l'Education Nationale n'est donc pas réellement formalisée.

2.2.3 Représentation du réseau.

Il ressort des différents entretiens l'absence d'un réseau formellement établi même si les professionnels ne conçoivent leur travail que dans un système de partenariat. Selon eux, ne pas disposer d'un protocole écrit n'est pas un handicap mais plutôt un avantage. En effet, il permet de ne pas rigidifier le système et de gérer avec une plus grande souplesse les situations de crise.

Cependant, deux interrogations demeurent :

- *Le système est-il pérenne lorsque les professionnels sont absents ou changent ?*

En effet, ce système ne peut reposer que sur une motivation individuelle forte et sur la qualité des affinités entre les membres composants le réseau. La thématique des conduites suicidaires semble renvoyer à chaque individu une charge affective importante qu'il manifeste soit par le surinvestissement ou soit par le déni. Ce biais peut engendrer des dysfonctionnements dans la mise en place d'un réseau efficient.

- *L'absence d'un écrit n'engendre-t-il pas une mise à l'écart de certains professionnels impliqués ou susceptibles de l'être ?*

De plus la non-formalisation peut donner lieu à une définition et à une application réductrice du réseau, chacun fonctionnant avec ses représentations, ses souhaits et ses affinités électives. Par conséquent il pourrait exister des distorsions dans un réseau aux multiples facettes.

2.2.3.1 Pour le Rectorat et l'Inspection Académique.

Les professionnels émettent le souhait qu'un réseau interne solide soit constitué. Il doit reposer sur les CESC instituées dans chaque établissement pour permettre de tenir compte des spécificités propres à chaque structure. Mais, encore faut-il que chacun en dispose (un établissement sur deux à répondu à la forte incitation¹³) et quand cela est le cas qu'elle le fasse vivre.

Pour notre part, si la création de ces comités est séduisante, la manière d'amener les acteurs de terrain pour la rendre réellement efficiente apparaît fondamentale. En conséquence, il faudra du temps pour que chaque professionnel s'approprie la nécessité de cette instance supplémentaire (CTS, SPS, ...) dont il serait bon d'évaluer l'apport. Les acteurs de terrain expriment le souhait de disposer de davantage de moyens plutôt que la création d'une instance supplémentaire dont aujourd'hui il ne mesure pas concrètement les effets.

¹³ Circulaire N°98108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

2.2.3.2 Pour les chefs d'établissements.

Pour les chefs d'établissement le concept même de réseau demeure très flou. Ils reprennent le terme de partenariat et la nécessité, pour eux, de s'appuyer sur les structures mises en place par le législateur et d'adapter les actions en fonction de la singularité de la population prise en charge. Ainsi, le réseau se formalise par le biais des commissions éducatives, le projet d'établissement (qui décline au niveau de la structure éducative les grandes orientations académiques), ...

Selon nous, l'absence d'un formalisme nuit à l'instauration d'un réseau préventif et de gestion de la crise, égalitaire sur l'ensemble de l'Académie. D'autant plus que chaque professionnel a sa propre définition du réseau. En effet, nous avons constaté que l'institution d'un réseau repose essentiellement sur l'implication du chef d'établissement. Si ces derniers ne peuvent définir précisément le réseau il est permis de s'interroger sur leur capacité à insuffler cette action. De plus, alors que le nombre de suicides est important dans l'Académie de Rennes, paradoxalement les établissements visités ne relatent que très peu de cas. Pourquoi ce décalage ? Les conduites suicidaires seraient-elles encore un sujet tabou ?

Néanmoins, de nombreuses actions de prévention ont été instaurées dans les établissements (semaine santé, sport et citoyenneté, festival de la santé, ...).

2.2.3.3 Pour le personnel médico-social en milieu scolaire.

Pour les infirmières, deux types de réseau ont été successivement énoncés : le réseau interne, dans lequel les partenaires sont clairement identifiés (chef d'établissement, conseiller d'orientation, enseignants, assistante sociale, les élèves et parents d'élèves...), et le réseau externe. Le corps infirmier souffre du manque d'information sur ce dernier réseau. En effet, il doit le créer et le faire vivre. Cette difficulté est principalement liée à l'absence de formalisation du réseau. Les projets partenariaux de réflexion sur des thèmes de santé publique, en lien avec l'école, vont être instaurés prochainement. Il est à souhaiter que ce type d'initiative permette de gommer les dysfonctionnements décrits.

Cependant, un constat semble préoccupant : le ratio infirmière/élèves est-il adéquat avec la mise en place d'un réseau efficient ? D'autant plus lorsque celui ci est associé avec une rotation importante des infirmières.

Les médecins scolaires conçoivent leur travail en réseau non seulement dans des actions préventives et curatives, mais aussi de gestion de la crise. Ainsi, les relations professionnelles avec le secteur de pédopsychiatrie sont fréquentes, tant pour répondre à des souffrances psychologiques d'adolescents que pour aider la communauté éducative à mieux comprendre et vivre les conduites suicidaires. Ce travail d'accompagnement occupe une place prépondérante dans leur action. *Cependant, dans ce système pertinent, il convient à nouveau de préciser que l'absence d'écrits pourrait se révéler préjudiciable. De plus, le ratio élève/médecin de l'Education Nationale (1 pour 7 000 élèves), interroge sur la pertinence des organisations retenues.*

Les assistantes sociales sont parties prenantes dans le réseau interne. Elles jouissent d'une bonne image auprès des familles et ont en général la confiance des élèves. Cependant, elles pâtissent d'un retour insuffisant de la part du corps professoral (à l'exception des professeurs principaux). Elles dénoncent l'absence de protocoles pour accueillir le jeune suicidant à son retour dans le milieu scolaire, avec la question du secret médical qui limite la communication des informations et par conséquent, l'efficacité de la prise en charge de l'adolescent à son retour. *Ce manque doit être traité en priorité.*

Les professeurs devraient être un excellent relais mais, ils sont trop souvent centrés sur leur métier d'enseignant et non sur le métier d'éducateur. S'agit-il d'une conception strictement délimitée de leur métier ou l'absence d'une formation initiale et continue sur la question des conduites suicidaires en milieu scolaire ?

La prévention des conduites suicidaires se conçoit dans le cadre de la pluridisciplinarité des intervenants. On constate dans certains établissements, la volonté d'impliquer les élèves (délégués) dans le repérage et le signalement de leur camarade en état de souffrance. *Cette orientation volontariste nous pose question car non seulement elle fait reposer une grande responsabilité sur le délégué lui-même adolescent (potentiellement fragile) mais aussi, elle pourrait permettre aux adultes de se décharger d'une partie de leur responsabilité et donc de se déculpabiliser.*

2.2.3.4 Pour les structures extra scolaires.

L'absence d'une formalisation du réseau pose question : il apparaît que les informations concernant une situation ne sont pas connues de tous les partenaires extérieurs lors de la prise en charge. Tout changement d'individu nécessite la mise en place d'un nouveau réseau. La solution avancée pourrait être de faire appel aux conseillers techniques (MEN, IDE, AS,...).

2.2.4 Les problèmes rencontrés et les propositions formulées par les professionnels.

2.2.4.1 Pour le Rectorat et l'Inspection Académique.

La problématique des conduites suicidaires est un thème délicat car elles engendrent un sentiment de culpabilité de la part de la communauté éducative et notamment du chef d'établissement. Ce sujet n'est donc pas qu'un problème de soin qui peut être résolu par l'application stricte d'un simple protocole. Il implique une remise en question plus vaste, qui peut dépasser le niveau professionnel pour interpeller personnellement chacun.

Il y aurait certainement un travail de sensibilisation à réaliser sur le thème des conduites suicidaires des adolescents auprès de tous les acteurs intervenant dans l'Education Nationale .

De plus, **l'image des enseignants** développée dans le public et la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes pose des difficultés quant à leur implication dans un réseau (interne et externe). Il leur est ainsi difficile d'avouer leurs incapacités face à certaines situations et de passer le relais à d'autres

partenaires. En outre, ils craignent que leur fonction première de pédagogue glisse progressivement vers un rôle d'éducateur. Au sein du rectorat, on convient que **la santé n'est pas une priorité dans l'Education Nationale**. Il faut donc continuellement œuvrer pour convaincre de l'intérêt d'une politique de prévention.

Dans le cadre du projet d'établissement, il serait souhaitable qu'un retour effectif du volet santé au médecin conseiller technique du rectorat soit imposé.

Par ailleurs, il conviendrait de faire une analyse des registres d'infirmerie afin de fixer des orientations précises en fonction des problèmes relevés.

On constate une insuffisance des **effectifs en personnel** sur le terrain (médecins, assistantes sociales et infirmières sur la région Bretagne). S'agissant des médecins, un travail important de remise en question des pratiques est réalisé afin d'optimiser l'efficacité des actions. Sur le département d'Ille et Vilaine, 10 infirmières supplémentaires seraient nécessaires pour garantir des conditions de travail satisfaisantes. On observe en effet sur le terrain que les **conditions de travail** des infirmières sont particulièrement contraignantes. Celles-ci demandent régulièrement leur changement d'établissement. (20 demandes de mutation sur 95 IDE lors de la dernière rentrée), notamment lorsqu'elles ont une activité plein temps au sein d'un lycée. Les contraintes de travail liées notamment aux internats (41 h de jour + 4 nuits non décomptées) constituent la principale raison de ces demandes de changement d'affectation, auxquelles s'ajoutent la communication parfois difficile avec le chef d'établissement ou le CPE et les problèmes qu'elles rencontrent pour travailler dans des conditions satisfaisantes (aménagement de l'infirmerie, matériel...).

Compte-tenu de la recrudescence des demandes d'hébergement d'élèves depuis quelques années, dans le but de soustraire certains adolescents à leur environnement, il conviendrait de reconsidérer les conditions de travail des infirmières en internat.

S'agissant des actions de prévention sur le terrain, l'Inspection Académique reçoit peu d'informations qualitatives en raison de l'absence de formalisation écrite.

Pour l'année scolaire 1999/2000, seulement 2 collèges sur 57, 5 lycées sur 18 et 1 LEP sur 13 ont bénéficié d'un programme de prévention sur les conduites suicidaires. Cela paraît insuffisant.

Il serait souhaitable d'établir une grille d'évaluation pour la remontée de l'information. On pourrait ainsi apporter des améliorations en tenant compte des expériences réalisées.

L'absence d'un protocole de gestion de crise conduit les différents acteurs à gérer de façon différente la crise et la démarche de prévention qui lui succède. Un protocole d'action est néanmoins à l'étude. Il sera diffusé aux membres de l'équipe de la cellule de crise départementale, mais pas systématiquement à tous les établissements. Les professionnels appréhendent la gestion des situations de crise et redoutent les réactions des familles.

D'après la position du rectorat, la multiplicité des structures internes (CESC, CES, CTS...) n'est pas un frein à l'efficacité de chacune d'entre elles, puisque leur rôle est défini réglementairement et précisé concrètement dans le projet d'établissement. Le chef d'établissement occupe une fonction essentielle pour la circulation de l'information et le fonctionnement des différents organes internes. Cependant, la réalité est différente sur le terrain, car cette multiplicité des structures engendre de la confusion chez les différents acteurs. (en règle générale, se sont les mêmes acteurs qui se mobilisent et interviennent aux différents niveaux). L'inspection Académique constate que les établissements ne font pas facilement appel aux partenaires extérieurs malgré l'existence d'une brochure donnant tous les renseignements sur les membres du réseau.

Un problème de coordination dans le retour d'information avec les membres du réseau a été constaté, notamment en ce qui concerne les médecins libéraux. Un autre obstacle réside dans le manque de disponibilité des acteurs et l'absence de formalisation des rencontres.

La planification d'un échéancier et le contact régulier des différents partenaires du réseau permettraient d'entretenir les échanges et d'optimiser l'efficacité de ce dernier.

En ce qui concerne la formation des personnels, un des rôles de l'Inspection Académique est de stimuler les professionnels, en particulier les chefs d'établissement. Le plan de formation proposé par l'Education Nationale devrait être associé à ceux d'autres partenaires (institutions publiques : DRASS, DDASS ...). Mais le calendrier scolaire, incontournable pour l'Education Nationale, pose problème.

2.2.4.2 Pour les acteurs de l'école.

Certains chefs d'établissements regrettent le manque de disponibilité du médecin scolaire et le manque de collaboration avec certains acteurs internes. Par ailleurs, la lourdeur administrative et la multiplicité des instances pénalisent l'efficacité des actions. Les chefs d'établissement connaissent peu de cas de conduites suicidaires, ils estiment l'ampleur du problème moins importante que les personnels médicaux. Le sujet des conduites suicidaires étant délicat, il est difficile de cerner le mal-être de l'élève et le degré de gravité de la situation. Certains élèves sont inquiétants sans qu'on ne puisse définir leur problème et la conduite à tenir à leur égard. Par ailleurs, les chefs d'établissement regrettent le manque d'implication des **familles** dans la vie de l'école. La complexité des structures et des différents comités est parfois lourde à gérer et entraîne une certaine confusion.

Il conviendrait de sensibiliser et de mobiliser les parents dans la vie scolaire (conseils de classe, CESC) et qu'ils se réapproprient leur rôle de parents

Le médecin scolaire, l'assistante sociale, l'infirmière relèvent également la difficulté de cerner le mal-être des élèves et d'apprécier le risque réel d'un passage à l'acte. Le signalement en interne de certains cas est parfois délicat. Le suicide et les conduites suicidaires constituent un domaine d'intervention particulier car ce ne sont pas des "pathologies" comme les autres et que le sujet suscite beaucoup d'émotion, de culpabilité voire de malaise. D'autre part une des difficultés à traiter ce problème est que, contrairement à d'autres thèmes de santé, on ne peut pas en parler collectivement aux intéressés par crainte de réveiller des idées suicidaires...la prise en charge ne peut être qu'individuelle dans un dialogue avec l'adolescent. *La prévention des conduites suicidaires est très spécifique et ne peut pas se faire sur un modèle utilisé dans d'autres domaine (campagnes de promotion de la santé).*

Face à certains adolescents en grande souffrance psychique qui accumulent les facteurs de risque sociaux et comportementaux, le personnel médical est très démuni et se sent en situation d'échec car il n'ont pas de solution à apporter à cette détresse. Quelques cas leur paraissent même inéluctables et ce sentiment les angoisse.

Le médecin, l'infirmière et l'AS ont un rôle moteur dans la gestion des crises et dans l'information et la formation des équipes pédagogiques. Ils sont à la fois des éléments-clés du réseau interne de l'école et la représentent dans le réseau externe. Ils portent beaucoup de responsabilités et auraient besoin d'échanger davantage entre partenaires en cas de crise.

Dans le cadre d'une prévention, un rôle d'accueil et d'écoute est réalisé par la présence continue d'une infirmière. Cependant elles ne sont pas assez nombreuses et les rotations de personnel sont très rapides. Elles se sentent parfois isolées. Le fait qu'elles n'aient pas de retour sur l'utilisation des données qu'elles recueillent diminue leur motivation.

Il serait souhaitable de renforcer la disponibilité de l'infirmière et de procéder à un aménagement des lieux (discrétion) favorisant confidentialité et convivialité.

La difficulté d'aborder ce geste est d'autant plus difficile qu'aucun protocole de gestion de crise n'est établi officiellement. Tous les acteurs internes indiquent une lourdeur administrative qui handicape la mise en place des actions. En ce qui concerne la formation initiale comme continue, elle paraît très insuffisante pour faire face de manière satisfaisante aux conduites suicidaires.

La formation initiale des professionnels de l'Education Nationale présente ainsi des lacunes en matière d'éducation à la santé et d'appréhension de l'adolescence. En particulier, les professeurs n'abordent les spécificités de cette dernière que dans un seul module optionnel de l'IUFM. Quant aux infirmières elles suivent une formation hospitalière fondée essentiellement sur le soin et n'abordent pas l'éducation à la santé.

Il serait souhaitable d'avoir des chefs d'établissement formés à la promotion de la santé (formation initiale sur le volet santé et les objectifs santé) pour l'élaboration de projets d'établissement contenant un véritable volet santé.

Les dispositifs de formation continue proposés enregistrent une participation parfois insuffisante et discontinue. *Les conduites suicidaires ne sont en effet pas toujours au centre des préoccupations de l'encadrement éducatif et pédagogique.* Néanmoins, le thème des conduites suicidaires, intégré au plan académique de formation, a suscité l'intérêt des professionnels, notamment des enseignants. Il a permis l'ouverture d'un dialogue interprofessionnel au sein des établissements.

La formation doit en outre permettre aux enseignants de gérer leur stress face aux conduites suicidaires et aux adultes d'être à leur place.

La faiblesse d'une coordination interne au sein de l'établissement se fait sentir à tous les niveaux, notamment lors de l'accueil du suicidant à son retour en milieu scolaire. En ce qui concerne le repérage par les facteurs de risque, au sein de l'établissement scolaire, le service médical ne connaît pas toujours les adolescents qui ont fait une TS récente, ainsi que ceux qui sont suivis par un psy ou qui prennent un traitement psychotrope. Lorsqu'ils le savent, le secret médical ne leur permet pas de diffuser l'information à l'équipe pédagogique. *Pourtant dans certains cas cette information serait utile pour le repérage des risques suicidaires par les personnes qui sont le plus en contact avec l'adolescent. Ce problème est lié au risque de stigmatisation de l'élève que pourrait entraîner la connaissance du traitement par du personnel non médical.*

Les CESC sont en train de se mettre en place, avec une certaine lenteur car ils ont du mal à définir leur mission. Leur rôle est de donner des orientations générales en matière d'éducation à la santé et d'organiser des actions de prévention primaire. Les conduites suicidaires sont un thème important mais l'action des CESC dans ce domaine n'a pas encore été définie. Seul un noyau de personnes volontaires et pluriprofessionnelles (AS, IDE, CPE, élèves, parents, prof...) est à même d'animer le CESC. Cette démarche est longue à mettre en place et demande une grande disponibilité en temps.

2.2.4.3 Pour les autres membres du réseau.

Pour les partenaires du milieu hospitalier, la coordination avec l'école repose largement sur les relations privilégiées que peuvent réussir à établir certains professionnels, malgré l'existence de nombreuses instances. Dès lors, certaines personnes ou services s'occupent parfois de façon quasi exclusive de certains adolescents. De plus, le secret médical et les règles d'éthique professionnelle ne permettent pas la libre circulation de l'information entre les services hospitaliers et le médecin scolaire puisque la diffusion de l'information sur les tentatives de suicide ne se fait que s'il y a l'accord de l'adolescent et de ses parents.

Ainsi de nombreuses TS restent ignorées des services scolaires, alors même que 30 à 40 % des adolescents suicidants récidivent dans les 6 mois.

En outre, dans certains cas les différents acteurs tendent à "s'approprier" l'adolescent en souffrance dans le cadre d'une relation pour partie affective. Ils avancent ainsi parfois la nécessité de protéger la confidentialité d'informations qui leur sont révélées personnellement pour ne pas passer le relais à d'autres professionnels.

Une des difficultés du travail en réseau provient du fait que les différents partenaires ont du mal à cerner les domaines de compétence de chacun et à connaître les limites de leur rôle. Le travail en réseau implique un changement des pratiques et des représentations de chacun des professionnels vis à vis des autres, ce qui est très difficile sans réflexion commune sur le réseau.

En cas d'hospitalisation, il est difficile d'établir une communication entre le milieu hospitalier et le médecin scolaire. Les équipes hospitalières attendent en effet une démarche de projet émanant de l'élève avant d'établir un suivi, sachant que son geste représente une incapacité à se projeter dans l'avenir. Il existe une interaction entre le domaine de l'éducation et du soin, il s'avère parfois difficile de définir les limites de chacun et les domaines d'intervention des professionnels.

De plus, les services hospitaliers qui reçoivent des adolescents n'ont pas assez de personnel, infirmiers et psychologues, pour répondre à toutes les demandes de consultation et d'hospitalisation, et donc pour aller faire de la prévention dans les écoles. Ils traitent donc du suicide principalement après la TS.

En outre, les acteurs extérieurs sont parfois méconnus des services scolaires en cas de rotation importante des effectifs. Lorsque le geste suicidaire survient, ils se trouvent démunis pour contacter le bon interlocuteur, principalement pour le suivi de l'adolescent si le geste est posé à l'extérieur. *Les services de terrain ne se sont pas appropriés le contenu des plaquettes d'information élaborées par les services du rectorat.*

Les médecins généralistes interrogés voient des adolescents pour conduites suicidaires, souvent amenés en consultation par leurs parents. Ils ne travaillent pas avec les écoles et n'ont aucun contact avec les médecins scolaires, mais ils ont des contacts avec l'inter secteur psychiatrique. Il y a cependant des difficultés d'accès aux soins en milieu rural. Ils ont des contacts avec l'hôpital de la grande ville la plus proche et avec la consultation médico-psychologique (CMP), qui se déplace dans leur ville une fois par semaine.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) travaillent essentiellement avec les libéraux, parfois les adolescents leur sont adressés par l'école ou par l'hôpital, les contacts sont très informels et il n'existe pas de concertation avec ces partenaires.

Le réseau de prévention des jeunes suicidants fonctionne toujours de façon informelle et plus ou moins bien selon les endroits. La prise en charge coordonnée et pluriprofessionnelle des suicidants doit être renforcée, y compris leur suivi. Les modalités de concertation et la formation des acteurs de l'école ainsi que des autres partenaires du réseau doit être redéfinie.

Enfin, une frange non négligeable de la population adolescente, en état de très grande détresse sociale, est déscolarisée. Elle échappe donc à tout dispositif existant dans les écoles.

3 PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL.

Elles sont regroupées sous quatre thèmes:

3.1 Recueil et utilisation de l'information.

- ① Faire une étude épidémiologique en milieu scolaire sur les conduites suicidaires des adolescents en Bretagne afin de mieux cerner l'ampleur du problème et de mieux identifier les facteurs de risque. Les résultats de cette étude seraient largement diffusés à tous les professionnels concernés.
- ② Utiliser les données pertinentes issues des outils des établissements (registres infirmiers, absentéisme) pour l'analyse et le suivi des conduites suicidaires
- ③ Evaluer l'efficacité des dispositifs mis en place.

3.2 Actions à l'intérieur de l'école.

- ① Améliorer la concertation sur les conduites suicidaires entre les différents professionnels, notamment les professeurs, en dégagant des moments d'échange et de réflexion à l'intérieur de l'établissement scolaire et avec les partenaires extérieurs
- ② Au sein de l'Education Nationale, améliorer la concertation entre les différents professionnels et entre les différents niveaux de la hiérarchie (rectorat, inspection académique, établissements)
- ③ Valoriser le travail de chacun des acteurs sur le terrain afin qu'ils se sentent mieux intégrés dans le projet global de prévention et qu'ils fassent mieux remonter l'information.
- ④ Impliquer davantage les surveillants dans le repérage des conduites suicidaires par une sensibilisation et/ou une formation (ils sont très souvent en contact avec les élèves, ont avec eux un rapport différent de celui des professeurs et des personnels de santé et sont donc des confidents potentiels).
- ⑤ Renforcer le caractère prioritaire de la prévention des conduites suicidaires parmi les missions dévolues aux infirmières, médecins et assistantes sociales scolaires.
- ⑥ Mieux informer les personnels de l'établissement sur les politiques de prévention des conduites suicidaires définies par le rectorat et l'Académie.
- ⑦ Informer les parents sur le thème des conduites suicidaires, organiser des débats et des échanges entre parents (prévention primaire par médecins et infirmières)
- ⑧ Mieux informer les adolescents sur les difficultés propres à cette période de leur vie.
- ⑨ Améliorer les retours au rectorat et à l'inspection académique :
 - du volet santé des projets d'établissement,
 - de l'évaluation des actions collectives menées (établir une grille d'évaluation),
 - des données statistiques (améliorer la tenue des registres).

- ①① Permettre aux infirmières d'internat d'être plus à l'écoute des adolescents en améliorant leurs conditions de travail, notamment la nuit.

3.3 Renforcement et appropriation du réseau.

- ① Développer le sentiment d'appartenance au réseau chez les différents partenaires.
- ② Identifier clairement les différents partenaires (plaquette d'information) et les sensibiliser au travail en réseau, à l'intérieur de l'établissement et avec l'extérieur, notamment par l'organisation de réunions régulières
- ③ Aider les équipes à créer un référentiel local des partenaires du réseau
- ④ Identifier sur le terrain une tête de réseau chargée de coordonner l'ensemble des partenaires.
- ⑤ Renforcer l'échange d'information sur les cas d'adolescent à risque entre l'hôpital et le médecin scolaire (réflexion sur les modalités des échanges d'informations).
- ⑥ Sur la Ville de Rennes, appuyer la création de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour adolescents conformément aux orientations du SROS
- ⑦ Formaliser davantage les procédures et les protocoles (conduite à tenir en cas d'urgence).
- ⑧ Renforcer le rôle des infirmiers psychiatriques des centres hospitaliers en les envoyant dans les établissements scolaires faire de la formation et du suivi des adolescents sortant de l'hôpital, avec un financement de l'Education Nationale.

3.4 Formation.

- ① Améliorer (renforcer, adapter, coordonner) la formation existante sur les conduites suicidaires pour tous les acteurs concernés dans l'école, en tenant compte de leur profil professionnel et de leur rôle vis-à-vis des adolescents, que ce soit pour le repérage des facteurs de risque comme pour les soins et l'accompagnement des adolescents suicidants.
- ② Donner une formation sur le repérage des conduites suicidaires aux surveillants
- ③ Donner une formation aux chefs d'établissement pour l'élaboration du volet santé du projet d'établissement
- ④ Donner aux enseignants des repères pour leur permettre de gérer leur stress face aux conduites suicidaires

CONCLUSION

La condition préalable à toute amélioration de l'efficacité du réseau de prévention et de gestion des conduites suicidaires est que l'adolescent se trouve face à des adultes responsables, motivés et sensibilisés au problème. Le suicide est un thème très complexe. Il est tabou car il soulève de nombreuses questions d'ordre social, philosophique, moral et psychologique qui touchent au plus profond de l'individu et restent sans réponse. La question du suicide interroge la liberté de l'individu et notamment de l'adolescent, dans les actes qu'il pose par rapport aux valeurs que la société lui propose. Ainsi le suicide de l'adolescent suscite inévitablement un sentiment d'impuissance et de culpabilité chez les personnes chargées de sa santé et de son éducation.

La difficulté de la prévention des conduites suicidaires est liée à la nature même du problème. D'autre part la question du suicide dépasse largement le champ de la promotion de la santé. Une autre difficulté à prévenir les conduites suicidaires tient à l'impossibilité de mener des actions au niveau collectif sur ce thème auprès des adolescents par crainte de provoquer l'effet inverse au but recherché. Pour les professionnels la complexité de la prise en charge du suicide renvoie donc naturellement à un travail en réseau, alors même que le caractère confidentiel et la relation singulière entre le jeune et l'aidant contrarient une prise en charge globale et coordonnée de l'adolescent.

Dans la pratique, les acteurs d'un réseau autour de la prévention des conduites suicidaires demandent à le construire de façon autonome pour se l'approprier. Mais, d'autre part, ils ont besoin d'être liés et encouragés par une impulsion commune. L'émergence d'une tête de réseau pourrait permettre de concilier ces deux logiques antagoniques.

Nous nous sommes limités au département d'Ille et Vilaine, car pour appréhender la complexité du terrain il était nécessaire de limiter la zone géographique étudiée. De plus le temps imparti s'est avéré très court pour arriver à mener en équipe interprofessionnelle et de façon coordonnée un travail approfondi. Enfin notre analyse n'a pu prendre en considération toute la population adolescente du secteur étudié, car les jeunes en rupture avec le milieu scolaire échappent aux dispositifs mis en place.

Le résultat produit comporte donc de nombreuses limites et ne peut en aucun cas être considéré comme une recherche. Cet exercice nous aura simplement permis de repérer certains décalages existants entre les réalités du terrain et les orientations officielles de l'école dans la prévention des conduites suicidaires, malgré la motivation de la plupart des acteurs.

Afin de mesurer réellement l'impact de la prévention sur les conduites suicidaires, seule une évaluation complète et détaillée des actions existantes permettrait de mieux comprendre les enjeux de la prévention des conduites suicidaires en milieu scolaire, et de faire des recommandations pour améliorer l'efficacité du dispositif mis en place.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- BURY J. A., Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications, édition De Boeck université, collection savoir et santé.
- Rapport pour le Haut Comité de la Santé Publique, Santé des enfants, Santé des jeunes, rapport adressé à la conférence nationale de santé et du parlement, 1997.
- OMS, La santé des jeunes : un repli, un espoir, Genève 1994.
- POMMERAU, Le suicide des adolescents, 1995.
- BERGERET, Psychopathologie de l'adulte.
- QUE SAIS JE?, Le développement psycho-affectif.
- DURKHEIM E, Le suicide.
- LESTER, Le suicide dans une perspective internationale.
- CHOQUET M, LEDOUX S, Attentes et comportement des adolescents. INSERM, Paris 1998
- KLEIN M, Travaux.

MEMOIRES ENSP (MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE).

- ARBRE P., Un médecin de l'Education Nationale et son réseau de partenaires, 1995.
- BREUER A., Mal être des adolescents. Etude au sein d'un lycée professionnel du Calvados, 1996.

- BRONSTEIN M., Les enfants en danger en Seine-Saint-Denis. Etude épidémiologique à partir de signalements émis par les médecins de l'Education Nationale de septembre 1994 à décembre 1995, 1996.
- CHAN C., Education et santé : les acteurs de l'intégration scolaire. La complémentarité de l'enseignement et du médecin de l'Education Nationale, 1998.
- GOUBAULT C., Gérer une situation de crise après le décès d'un élève en établissement scolaire, 1999/2000.
- HADJI I., Elaboration d'un projet santé dans un collège : objectifs et méthodes, 1997.
- MARGUET D., Contribution du médecin de l'Education Nationale dans la prévention du suicide : enquête au sein d'un lycée d'enseignement général, 1999.
- SABATINI K., Les jeunes, acteurs dans les projets d'éducation pour la santé, le rôle du médecin de l'Education Nationale, 1996.
- VINAS-WALFISCH C., Le médecin de l'éducation nationale et la prévention des tentatives de suicide de l'adolescent : étude de l'impact des documents élaborés par un groupe de travail de Seine et Marne, 1999.
- TANQUEREY C, Prévention du suicide : rôle du médecin de l'Education nationale pour l'accompagnement des adolescents en souffrance : etude dans un lycée du Nord, 1999

ARTICLES

- BARATTA N., Le suicide de l'adolescent, pour une prise en charge globale ville-hôpital, Décision Santé , n° 146, mai 1999.
- Baromètre santé jeunes 97/98. Baromètres, Editions CFES 1998, 328 p
- BARUCQ J., Filières et réseaux de soins : Mythe ou réalité ?, P.S.S., n°150.
- CORCOS, Conduites suicidaires et états limites à l'adolescence; réflexions sur une problématique de filiation .

- BOULT ARCHMAM, Etats dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse.
- NIZARD A, BOURGOIN N, de DIVONNE G, INED, PARIS , Suicide et mal-être social, Populations et Sociétés 1998, n°334.

AUTRES DOCUMENTS

- Agence Régionale d'Hospitalisation de Bretagne, Schéma Régional d'Organisation des Soins en Bretagne, Document d'Orientation Stratégique : Lutte contre le suicide, octobre 1998.
- Souffrance psychique et phénomène suicidaire, un guide professionnel en Ile et Vilaine, Préfecture d'Ille et vilaine, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, 1998.
- Repères Conduites Suicidaires, Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Direction des lycées et collèges, Fondation de France.
- Orientations académiques pour l'an 2000, Service Médical-Service Infirmier, Académie de Rennes.
- Rapport annuel 1999-2000, Inspection Académique 93, Service Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, Service Médical.
- Secteurs Action Santé 2000-2001, Service Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, Service Médical, Médecin Départemental Conseiller Technique, Académie de Rennes.
- L'agenda de « l'ado bien dans sa peau » 2000/2001, Académie de Rennes.
- ANAES : Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. <http://www.anaes.fr/anes/framedef.nsf>
- Le point sur les tentatives de suicide, dossier de la direction générale de la santé, septembre 1999, http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/suicide/index_suicide.htm

- Le suicide des jeunes, Ruptures, Guide pédagogique élaboré par un groupe de travail, 1998, CFES, Direction Générale de la Santé
- La souffrance psychique des jeunes, rapport du Haut Comité de Santé Publique
- Publications de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne :
 - Prévention du risque suicidaire : repérage des actions réalisées en Bretagne, Mars 1997, Murielle Bauchet, Alain Trehony
 - Les tentatives de suicide en Bretagne, avril 1992
 - Décès par suicide en Bretagne : les effectifs et les taux au cours de la période 1980-1995
 - Cap Santé Bretagne, numéro 1, juillet 1998

TEXTES REGLEMENTAIRES :

Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation.

Circulaire n°91-148 du 24 juin 1991 concernant les missions et le fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

Circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991 modifiée par la circulaire du 28 juillet 1995 relative aux missions et au fonctionnement du service social de l'éducation nationale.

Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 relatives aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (B.O. hors série n°45 du 3 décembre 1998).

Convention Education nationale - INAVEM n°99-034 du 9 mars 1999 relative à l'aide aux victimes

Circulaire n°99-175 du 2 novembre 1999 "repère pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires".

Module interprofessionnel de santé publique - 2000 -

Thème n°12

LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS : ROLE ET PLACE DES ACTEURS DE L'ECOLE DANS UN RESEAU DE GESTION DE CRISE ET DE PREVENTION

Résumé : Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans en France. Les acteurs des collèges et lycées, milieu de vie privilégié des adolescents, ont donc un rôle fondamental à jouer en matière de gestion de crise et de prévention des diverses formes de conduites suicidaires. Ils disposent pour cela d'un cadre réglementaire souple, qui invite au travail en réseau.

L'enquête menée sur ce thème, selon une méthodologie précise, par le groupe de travail dans le département d'Ille et Vilaine met en évidence des pratiques riches et diverses, mais qui comportent encore de nombreux dysfonctionnements et insuffisances.

S'agissant de l'existence et de l'efficacité d'un réseau de prévention et de gestion des conduites suicidaires, il ressort que le réseau interne à l'école, relativement formalisé, fonctionne dans les établissements, de façon variable et souvent contingente. En revanche, le réseau externe apparaît plus incertain.

Les acteurs de terrains ont en outre mentionné de nombreux problèmes, tel que la faiblesse des moyens et de l'information disponibles, le manque d'implication des familles et de certains collègues, la contingence des relations et la difficulté à travailler en commun.

Le groupe formule donc des propositions d'amélioration. D'une part, il conviendrait de mieux connaître le phénomène en améliorant le recueil des informations. D'autre part, il faudrait encourager l'implication des acteurs de l'école et leur coordination. Par ailleurs, le réseau extérieur doit être mieux signifié. Enfin, la formation doit être améliorée à tous les niveaux. La complexité du thème traité invite néanmoins à la modestie. Cette étude limitée gagnerait à être poursuivie et élargie.