

Ecole Nationale de la Santé Publique

Formation : Médecin de l'Education Nationale

Date du Jury : 8 juillet 1999

*Contribution du médecin de l'Education
nationale dans la prévention du suicide.*

*Enquête au sein d'un lycée d'enseignement
général.*

Dr Dominique MARGUET

Je tiens à exprimer mes remerciements à :

-Monsieur Lecorps, professeur à l'ENSP.

-Madame le Dr S. Donnadieu, médecin responsable départemental du S.P.S.F.E de l'Eure

-Madame Chapon, infirmière du lycée de Val de Reuil

Pour leur aide et leurs conseils.

-aux élèves et aux adultes du lycée d'enseignement général de Val de Reuil, ayant participé aux entretiens.

pour leurs témoignages

-à mon mari, et à mes trois enfants

pour leur soutien et leur patience

"J'espérai m'évader, pas mourir car j'avais envie de vivre.

Je voulais leur dire - souvenez vous, j'existe !"

Une élève de terminale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 3
I) PREMIERE PARTIE : DONNEES GENERALES	p 4
A-Le suicide : émergence d'un problème de santé publique	p 4
B-Epidémiologie	p 5
1) Définitions des termes utilisés	
2) Données statistiques	p 7
a)Mortalité par suicide	p 7
a ₁ -Données nationales et européennes	p 7
a ₂ -Données régionales et départementales	p 8
b) morbidité par suicide	p 9
c)Les idées suicidaires	p 11
C-Différentes approches de l'acte suicidaire	p 11
1) Approche sociologique	p 11
2) Approche psychologique et/ou psychopathologique	p 12
a) Pathologie psychiatrique et conduites suicidaires	p 12
b) Conduites suicidaires et psychopathologie de l'adolescent	p 13
3)Facteurs de risque ou facteurs associés	p 13
4)Caractéristiques du processus suicidaire	p 15
5)Différences filles/garçons	p 15
D-Problématique	p 17
II) DEUXIEME PARTIE : ENQUETE DANS UN LYCEE	p 18
A-Les objectifs de l'enquête	p 18
B-Méthodologie	p 18
1)Présentation du lieu d'étude	
2)Présentation des entretiens	p 19
a)Préparation et déroulement des entretiens	p 19
b)Limites de l'entretien	p 21
c)Analyse des entretiens	p 21
C-Résultats des entretiens	p 21
1) La confrontation au risque suicidaire	p 21
a)Entretiens avec les adultes de l'établissement	p 21
b)Entretiens avec les élèves	p 22
2) Sens donné à l'acte suicidaire	p 22

3) La perception des facteurs associés au suicide	p 23
a) Les perturbations familiales	p 23
b) Les ruptures sentimentales et relationnelles	p 23
c) Les difficultés scolaires	p 24
d) L'image de soi	p 24
e) Les facteurs de santé	p 24
f) Autres éléments cités	p 24
4) Indicateurs de risque suicidaire chez l'adolescent	p 24
a) Pour les élèves	p 25
b) Pour les professeurs	p 25
c) Les autres adultes de l'établissement	p 26
5) Personnes ressources et attitude face au mal-être	p 26
6) Place de la prévention	p 27
a) Les élèves	p 27
b) Les adultes de la communauté éducative	p 28
c) Les suggestions des professionnels de la santé	p 29
D-Analyse des résultats	p 30
III- TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS	p 33
A-L'école : un lieu privilégié de prévention	p 33
1) Identification du mEN par l'ensemble de la communauté scolaire	p 34
2) Rôle du médecin de l'éducation nationale dans le repérage individuel	p 36
3) Favoriser la communication au sein de l'établissement	p 36
4) Contribution à des actions de formation et d'informations	p 36
5) Un réseau autour de l'adolescent suicidaire	p 37
6) Place du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	p 38
B-Perspectives départementales et régionales	p 38
CONCLUSION	p 40

INTRODUCTION

Alors que la mortalité globale des jeunes de 15 à 24 ans a nettement diminué en France depuis le début des années quatre vingt, le taux de décès par suicide a augmenté depuis les années soixante et reste préoccupant [3]. La France est actuellement un des pays industrialisés les plus touchés par ce problème (12000 décès par an tous âges confondus). De plus l'incidence des tentatives de suicide est maximale à l'adolescence et chez l'adulte jeune. La particularité de ce geste à l'adolescence est la fréquence des récurrences qui entraîne à court terme un accroissement du risque léthal et à long terme des effets désastreux au niveau psychosociologique. Ces préoccupantes constatations ont alerté depuis quelques années les pouvoirs publics et le suicide est reconnu aujourd'hui comme un réel problème de santé publique.

La région de Haute Normandie est particulièrement touchée par ce fléau au point que la dernière conférence régionale de santé en a fait une priorité de santé. Un Programme Régional de Santé est actuellement en cours de réflexion.

Compte tenu de ces impératifs, il nous a paru intéressant d'essayer de positionner le rôle du médecin de l'Education Nationale, face à ce problème. L'institution scolaire, parce qu'elle accueille sur un long terme les adolescents, est un lieu privilégié de repérage et de prévention.

Dans un premier temps nous étudierons les divers aspects du suicide chez les jeunes, à travers les études françaises et européennes disponibles. Il s'agit de mettre en évidence après un bref rappel épidémiologique (mortalité, morbidité, idéation suicidaire), les mécanismes et les principaux facteurs associés au suicide ainsi que les expressions de malaise précoce, éventuellement identifiables par l'entourage. Ensuite nous analyserons, à travers une enquête de terrain effectuée dans un lycée, les représentations du suicide chez les jeunes et chez les adultes. A partir des besoins exprimés par les différents membres de cette communauté, nous tenterons de dégager des propositions adéquates permettant de contribuer à la prise en compte de ce problème et de mieux appréhender le rôle du médecin de l'Education Nationale dans la prévention du suicide.

I) PREMIERE PARTIE : DONNEES GENERALES

A- Le suicide : émergence d'un problème de santé publique

Le suicide est un phénomène ancien et universel, touchant toutes les couches sociales et tous les âges. Cependant l'intérêt que lui portent les pouvoirs publics semble beaucoup plus récent. Malgré la constatation d'une augmentation significative du taux de suicide depuis le début des années soixante-dix [15,33], la prise en charge du suicide n'est considérée comme une priorité de santé que de façon récente. Certes sous l'impulsion de nombreuses associations de bénévoles telles que SOS Amitiés, ou SOS Suicide Phénix, des actions de prévention avaient déjà été mises en place depuis plusieurs années. Mais ces initiatives, coordonnées entre autre par le Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS¹)² étaient ponctuelles et ne s'inscrivaient pas dans un projet global.

Ce n'est qu'au début des années 90 qu'apparaît la nécessité de définir des "priorités de santé"³ afin d'orienter la politique de santé [13]. En 1992, dans un rapport intitulé "Stratégie pour une politique de santé", le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) se propose de définir un ensemble cohérent d'objectifs prioritaires regroupant différents thèmes de santé. Puis en 1994, afin de permettre l'élaboration du rapport du HCSP "La santé en France", la Direction Générale de la Santé (DGS) lance une consultation par questionnaire auprès d'experts en santé publique sur les priorités nationales en santé publique. La santé mentale apparaît comme un problème particulièrement préoccupant puisque "le suicide et les tentatives de suicide" sont classés au 6ème rang des préoccupations de santé. Des propositions d'objectifs spécifiques sont formulées par un groupe d'experts dans chacun des domaines considérés [13]. Il s'agit pour la catégorie "suicide et dépressions" de "*diminuer la gravité et la durée des dépressions et d'ici l'an 2000 de réduire de 10% le taux de suicides*".

En 1993, sur une proposition de Michel Debout⁴, le Conseil économique et social propose une étude afin de sensibiliser les pouvoirs publics à ce problème. Le rapport [16] aborde le suicide dans ses dimensions culturelles, sociales, humaines et personnelles. Il contribue à la prise de conscience du suicide en tant que phénomène de santé publique et non plus seulement en tant que

1

² Le Groupement d'étude et de prévention du suicide, créé en 1969, devait coordonner les recherches dans ce domaine et favoriser les initiatives susceptibles d'aider à la prévention du suicide.

³ "Problème de santé considéré comme grave au vu de certains indicateurs, et sur lequel les pouvoirs publics doivent concentrer leur action par des études, des recherches, des groupes de travail, mais aussi par des politiques structurelles." Discours de Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, le 21 déc 1994. Conférence de presse HCSP

⁴ Professeur de médecine légale au CHU de Saint Etienne et membre de la section Affaires sociales du Conseil Economique et Social

phénomène individuel. Enfin en 1996, lors de la première conférence nationale de santé et suite aux comptes-rendus des conférences de santé tenues dans 26 régions, la prévention du suicide devient une des dix priorités nationales de santé.

En 1997 la première journée nationale de prévention du suicide a lieu et en 1998 une réflexion s'engage sur un programme national de prévention du suicide des adolescents et des jeunes adultes avec l'objectif d'établir des recommandations nationales en matière de prévention. Cette réflexion s'appuie sur les actions déjà évaluées au niveau régional et international. L'ANAES⁵ [3] a également été saisie pour élaborer des recommandations professionnelles concernant "la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide".

Parallèlement aux mesures prises par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education Nationale, sensibilisé aux interrogations venant du terrain avait souhaité s'impliquer dans une politique de prévention des conduites suicidaires. Depuis 1995, le document intitulé "les conduites suicidaires des adolescents : des repères pour la prévention à l'école" [26] est émis par la Direction des collèges en partenariat avec la Fondation de France et fait suite à la diffusion dans les établissements du film vidéo "Sortie de secours" [34]. En apportant ces éléments de réflexion aux adultes concernés par la prise en charge des jeunes, le Ministère de l'Education Nationale souhaite répondre à trois objectifs majeurs [26] :

- réaffirmer son engagement dans une politique de prévention des conduites suicidaires des adolescents au même titre que l'ensemble des conduites à risque (violences, usage abusif d'alcool, tabac, etc. ...)
- sensibiliser l'ensemble de la communauté éducative à cette question
- contribuer enfin à éclairer les termes du débat en milieu scolaire.

B-Epidémiologie

1-Définitions des termes utilisés

a) suicide

Le mot suicide vient du latin *sui* de soi et *caedere*, tuer : action de se donner soi-même la mort. Le phénomène suicide recouvre diverses situations ; c'est pourquoi il importe de préciser ce dont nous parlons. En accord avec le rapport Debout (16), nous distinguons :

- les suicidés : les morts par suicide. Certains parlent de "suicides réussis" mais il semble discutable d'associer la mort à la réussite et de préjuger de façon formelle de l'intentionnalité de l'acte.

⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Cette nouvelle agence poursuit et renforce les missions de l'Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale (ANDEM)

- les suicidants : pour eux on emploie l'expression de tentative de suicide souvent exprimée sous le sigle T.S. Notons qu'il y a dans le terme "tentative" une connotation péjorative qui renvoie à celle de réussite du groupe précédent

- les suicidaires : il s'agit de tous ceux qui multiplient par leur comportement les situations à risque mettant parfois en jeu leur vie ou leur santé.

De façon plus synthétique on peut adopter celles figurant dans les recommandations de l'ANAES [4].

Suicide : mort volontaire

Tentative de suicide (TS) : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir

Menace de suicide : conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une TS

Suicidé : individu qui s'est donné la mort volontairement

suicidant : individu qui a réalisé une TS

Suicidaire : individu ayant des idées ou exprimant par leur comportement des menaces de suicide

b) adolescence

La notion d'adolescence n'est pas facile à délimiter dans le temps. Sur le plan somatique, elle commence à la puberté et se termine à la fin de la croissance mais sur le plan psychologique l'évolution dynamique à cette période de la vie ne permet pas de fixer des limites précises. Les études épidémiologiques concernant le suicide considèrent souvent la tranche d'âge 15-24 ans. Mais les recommandations de l'ANAES s'appliquent aux adolescents de 11 à 20 ans avec extension jusque vers 25 ans.

c) la prévention

Prévention primaire : concerne l'ensemble de la population et porte sur l'environnement éducatif, économique, sanitaire et social.

Prévention secondaire : s'adresse à des publics spécifiques qui présentent, au vu des études épidémiologiques ou socio-démographiques des risques suicidaires particuliers.

Prévention tertiaire : en aval, après une tentative de suicide, vise à prévenir la répétition du geste.

Dans le cadre de la prévention secondaire, nous tenterons d'identifier des signes évocateurs de détresse faisant craindre un passage à l'acte suicidaire et permettant une intervention précoce de l'entourage

2) Données statistiques

Des études épidémiologiques européennes et canadiennes se sont intéressées au suicide. En France, Marie Choquet⁶ s'est beaucoup consacrée à l'étude de ce problème. Son enquête réalisée en 1994 portait sur 12391 collégiens et lycéens âgés de 11-19 ans. Le suicide peut donc s'étudier sous trois angles.

La mortalité suicidaire : on étudie le nombre de décès par suicide, établi à partir des déclarations obligatoires des causes de décès ; cette statistique est publiée annuellement par l'INSERM (SC 8).

La morbidité suicidaire ou l'étude des tentatives de suicide (TS). Cette donnée n'est obtenue qu'à partir d'enquêtes effectuées soit auprès des hôpitaux (pour repérer les TS ayant donné lieu à une hospitalisation) soit auprès des praticiens (pour connaître les TS n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation mais prises en charge médicalement) soit auprès de la population (ce qui permet d'étudier les TS non prises en charge).

L'idéation suicidaire ou l'étude des idées suicidaires. Cette information n'est disponible qu'après enquête auprès de la population. Il s'agit d'évaluer leur fréquence, leur sévérité et le risque de passage à l'acte.

a) Mortalité par suicide

a1-Données nationales et européennes

La France fait partie des pays occidentaux à forte mortalité par suicide avec 11300 décès en 1996 ; soit 19 pour 100 000 habitants, toutes tranches d'âge confondus [31]. Ce chiffre était de 11812 en 1995 [11]. Les plus hauts taux se situent au Danemark, en Finlande, et en Hongrie [16].

Le taux de mortalité par suicide parmi les jeunes de 15 à 24 ans varie de façon significative d'un pays à l'autre : il est particulièrement élevé en Finlande, en Suisse et en Autriche alors qu'il est plutôt bas en Espagne, en Italie et en Hollande. Il existe un sex-ratio M/F élevé mais différent d'un pays à l'autre variant de 2 en Hollande à 6,3 en Finlande. Le taux des suicides féminins a toujours été relativement stable, alors qu'une augmentation marquée a été constatée dans tous les pays pour les garçons [6].

En France, 803 jeunes de 15 à 24 ans (622 garçons et 181 filles) se sont donné la mort en 1995, soit 16% des décès de cette classe d'âge [tableau I, annexe 1], alors que le suicide représente 2,2% des décès de l'ensemble de la population, tous âges confondus. Le suicide représente ainsi la deuxième cause de mortalité après les accidents de la voie publique (38%). Des variations sont toutefois à noter : le taux de mortalité par suicide pour l'ensemble des jeunes de 15 à 24 ans varie

⁶ épidémiologiste et directrice de recherche à l'INSERM

selon l'âge et le sexe. Trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (15,2 contre 4,6), il est plus faible chez les jeunes de 15-19 ans (11%) qu'après 20 ans (17%). Ces valeurs restent nettement inférieures à celles observées chez les adultes de plus de 25 ans estimées à 40 pour 100 000 [18]. Notons que les suicides sont rares entre 10 et 14 ans : 28 en 1995 soit 4,2% des décès, essentiellement des garçons 22 sur 28.

Concernant les variations du taux de suicide, une forte progression du nombre absolu de suicides a été observée entre 1975 et 1985, à laquelle a succédé une baisse sensible pour tous les groupes d'âges : 8323 en 1975 à 12501 en 1985, puis 11812 en 1995 et 11300 en 1996. La mortalité des 15-24 ans a nettement diminué depuis le début des années 80, essentiellement due à la diminution de la mortalité par accident (48,6% de l'ensemble des décès en 1993 contre 38% en 1995). Le taux de suicide des adolescents de 15-24 ans est assez stable [tableau 2, annexe 2], autour de 14 pour 100 000 depuis 1980 mais augmente ainsi en proportion de 9,8% à 12% des décès chez les hommes de 15-24 ans entre 1978 et 1990 [33]. Une hausse est enregistrée sur la période 1991- 1993 parmi les sujets de 15 à 24 ans de sexe masculin (15,4 pour 100 000 contre 4,4 pour les sujets de sexe féminin). Sur la période 1994-1996, le nombre des suicides apparaît en diminution.

Ainsi, l'importance "épidémiologique" du suicide des jeunes s'exprime à la fois par sa fréquence (2ème cause de mortalité) et par sa gravité (en termes d'années de vie perdues) contrastant avec la diminution des autres causes de mortalité.

On considère cependant qu'il y a en France une sous-estimation d'environ 20% du nombre des décès qui sont dénombrés à partir des certificats médicaux. Mais cela n'affecte ni les tendances générales constatées ni les analyses sociologiques [16,33]. Cette sous-estimation concernerait surtout les sujets jeunes [32].

a2-données régionales et départementales

Le département de l'Eure, lieu de notre exercice professionnel, est particulièrement touché par ce problème tout comme la Seine-Maritime son voisin. La Haute-Normandie est la 3^e région de France ayant un fort taux de suicide.

Mortalité par suicide des 15-34 ans 1939-1995 en Haute Normandie

	Décès observés	Décès attendus*	Surmortalité
Deux sexes	301 (20,9%)	249	120% †
Femmes	63 (17%)	54	117%
Hommes	238 (22,2%)	195	121,7% †

Source DRASS 1999

*Référence : population France métropolitaine

† p<0,05

Dans le département de l'Eure, le suicide représente 1 décès sur quatre chez les hommes de 25-34 ans contre un sur cinq en France. Il est la première cause de suicide dans cette tranche d'âge. Avec une mortalité supérieure de 38% à la moyenne nationale, l'Eure fait partie des départements les plus touchés, les suicides étant plus nombreux chez les hommes jeunes et les personnes âgées. Au sein même du département, il existe des inégalités de répartition, 13 des 47 cantons ayant une surmortalité par suicide significative pendant la période 1988-1992.

Groupes d'âge	Eure		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15 à 24 ans	12	13†	13	11
25 à 34 ans	26†	12	18	14
35 à 44 ans	18†	12†	14	11
45 à 54 ans	9†	10†	7	8
55 et plus	2	1	2	1

† surmortalité dans le département

source ORS Haute Normandie 1997

Comparés sur deux périodes différentes, 1980-1984 et 1988-1992, les taux de mortalité par suicide ont tendance à augmenter chez les hommes de 25-44 ans et plus de 85 ans et chez les femmes de 45-54 ans et 75 ans et plus. Par contre, il existe une diminution significative de cette mortalité chez les jeunes de 15-24 ans et les 65-74 ans, et chez les femmes de 25-34 ans.

b) morbidité par suicide

La morbidité est difficile à évaluer car toutes les personnes faisant une tentative de suicide ne sont pas hospitalisées. La sous-estimation est d'au moins 30% [32]. Une enquête hospitalière lancée par l'OMS a montré que les taux de suicide et de tentative de suicide chez les jeunes sont extrêmement variables dans les différents pays d'Europe [6]. Contrairement à la majorité des pays, la France se caractérise par une augmentation des tentatives de suicide (TS) de 20% chez les garçons et 31% chez les filles.

La morbidité est nettement supérieure à la mortalité chez les adolescents : 120 à 140 000 TS dont 40 000 effectuées par des sujets de moins de 25 ans seraient réalisées par an [5]. On estime que les TS sont au moins dix à vingt fois plus nombreuses que les suicides avec de grandes variations selon le sexe : Chez les 15-24 ans, le rapport TS/suicide varie de 15 à 22 pour les garçons et de 85 à 160 pour les filles [7,11]. Chez les 11-19 ans, 6,5% des adolescents (8% des

filles et 5% des garçons) disent avoir déjà fait au moins une TS, et un quart plusieurs [9]. Ce geste est majoritairement observé chez les filles avec un sexe ratio de 3/4. Enfin l'incidence semble croître parmi les très jeunes, notamment les 13-16 ans [26].

La principale caractéristique de la gravité potentielle d'une TS est le risque de récurrence. Son estimation est de 10 à 40% chez les sujets ayant fait une première TS. Il est maximal dans l'année qui suit l'acte suicidaire, ce d'autant plus que l'individu est jeune, et augmente au fur et à mesure du nombre de TS. Cela concerne le tiers des adolescents suicidants chez qui deux récurrences sur trois sont réalisées dans cette intervalle [7]. Le risque physique pris et donc la mortalité augmente avec la répétition. Selon certaines études 1 à 2% des suicidants décéderont par suicide dans l'année suivant la TS [26].

Les moyens utilisés diffèrent entre les suicidés et les suicidants. Pour les suicides, les jeunes garçons ont plus volontiers recours à des moyens violents (74% par pendaison ou arme à feu, 7% se jettent d'un lieu élevé), alors que les filles utilisent des moyens plus diversifiés (27% par pendaison, 26% par intoxication, 19% par saut d'un lieu élevé et 14% par arme à feu). Quant aux TS, elles sont faites à l'aide de médicaments dans 80 à 90% des cas, dont 50% par des neurotropes, et dans 10% des cas restants par phlébotomies [11].

Ces différences épidémiologiques entre suicidés et suicidants ne doivent pas faire confondre gravité physique du geste suicidaire et gravité psychopathologique.

Quelques données locales ont été obtenues auprès du service d'accueil et d'urgence du CHG d'Elbeuf, centre hospitalier de proximité du secteur où nous exerçons. Ces données ne sont pas exhaustives. En 1997, 341 patients (68,9% de femmes) ont été pris en charge pour TS soit 1,3% des passages. 83,2% ont été hospitalisés toutes tranches d'âge confondues. 7,7% ont moins de 16 ans. La répartition par tranche d'âge est la suivante :

Groupes d'âge	nombre	%
9-14 ans	12	4,2
15-24 ans	72	25,4
25-34 ans	56	19,7
35-44 ans	73	25,7
45-54 ans	44	15,5
55-64 ans	15	5,3
64 ans et plus	11	3,9

c) Les idées suicidaires

Les idées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité que de l'intentionnalité (désir de mort, préparation de l'acte....) ont longtemps été considérées comme un phénomène banal à l'adolescence par la plupart des cliniciens (la manipulation de l'idée de mort pouvant être considéré en partie comme une activité structurante à cette période de la vie) mais sont actuellement considérées comme un risque de passage à l'acte.

En effet, si 76,6% des 11-19 ans ne pensent jamais au suicide, 23,4% ont des idées suicidaires et 9% y pensent fréquemment [8]. Dans ces trois groupes les taux respectifs de TS étaient de 1%, 14% et 41%. A l'inverse, les idées suicidaires sont présentes chez 49% des suicidants primaires et 82% des récidivistes. Une étude plus récente [24]⁷ a montré que 10,5% des 15-19 ans ont pensé au suicide (7,5% de garçons et 13,7% de filles) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Le rapport idées de suicide/TS se situe autour de 4 en France comme aux Etats-Unis. Il augmente chez les garçons et diminue chez les filles de 11 à 19 ans (tableau).

La précocité des idées suicidaires (c'est à dire avant quinze ans) est le signe de difficultés graves [11].

C-Différentes approches de l'acte suicidaire

1) Approche sociologique

C'est Emile Durkheim qui le premier a étudié à la fin du XIX^e siècle le suicide. Au-delà de l'acte individuel il a mis l'accent sur sa dimension sociale : il existe une corrélation nette entre le taux de suicide et le niveau d'intégration sociale d'un individu analysé par des valeurs telles que la famille, la religion ou la culture et résumée par la formule "la famille protège". Cet auteur décrit trois types principaux de suicide "l'altruiste", "l'égoïste" et "l'anomique" [17] ; ce dernier se rapportant aux dysfonctionnements de la société. Cette approche est encore d'actualité comme le souligne P. Surault "Après une période de forte turbulence, la famille, en tant que valeur, s'est renforcée dans les années 1980 comme le démontrent les enquêtes d'opinion". Il ajoute : " En réalité, on peut considérer que le renforcement de la cohésion sociale, dont attesterait la rupture dans l'évolution du suicide, ne tient pas seulement à celui du lien familial mais aussi à l'émergence... de nouvelles appartenances [33].

⁷ Enquête C.F.E.S (Comité Français d'éducation pour la Santé), décembre 1997 réalisée auprès de 2708 jeunes de 15 à 19 ans

2) Approche psychologique et/ou psychopathologique

Pendant plusieurs années un débat s'est tenu au sein de la profession médicale sur la place du geste suicidaire à l'adolescence.

Pour les uns la TS devait se comprendre comme une manifestation plutôt bénigne de la crise d'adolescence, liée aux bouleversements psychiques de cette période, qu'il ne faut pas "psychiatriser" à outrance.

Pour les autres, la recherche d'une pathologie psychique devait être systématique. Il semble maintenant admis par l'ensemble du corps médical qu'aucune conduite suicidaire, même minime dans ses modalités, ses apparences ou dans sa gravité n'est une réaction normale. Elle est toujours pathologique dans la mesure où face à une situation conflictuelle, l'adolescent a recours à une "conduite agie" autodestructrice et non à un travail d'élaboration mentale [5] et qu'il traduit une souffrance psychique qui demande à être reconnue et si possible apaisée [32].

a) Pathologie psychiatrique et conduites suicidaires

La place d'une pathologie mentale associée dans le comportement suicidaire a fait l'objet de nombreuses études qui ont montré une fréquence des troubles psychiatriques variant selon les auteurs de 20 à 90%. De telles divergences s'expliquent par la diversité des méthodes d'évaluation des diagnostics psychiatriques. Notons cependant que l'adolescence est une période de transition au cours de laquelle certains troubles mentaux peuvent se manifester sans correspondre nécessairement à des pathologies fixées. On admet que parmi les adolescents suicidants, 2 à 3 sur 10 présentent des troubles mentaux avérés (psychose, troubles graves de l'humeur, dépression et troubles de la personnalité à la limite de la pathologie). La pathologie psychotique est retrouvée dans 1 cas sur 10: bouffées délirantes aiguës, schizophrénie et doivent être évoquées lorsque l'acte suicidaire se produit dans un contexte délirant ou lors d'un état dépressif atypique [32].

Par ordre de fréquence le premier diagnostic évoqué est la dépression dont la prévalence augmente régulièrement de l'enfance à l'adolescence avec des taux de 5 à 7% [29]. La dépression est associée aux conduites suicidaires dans 12% à 74% des cas [5,32]. Tout comme chez l'adulte, il existe une corrélation nette entre dépression, tentative de suicide et suicide. Ces données sont nuancées par le fait qu'il existe de toute façon à cet âge une "ambiance dépressive", qu'on appelle morosité, crise anxio-dépressive ou dépressivité et qui concerne 30% à 40% de la population générale adolescente [30].

L'expression des troubles dépressifs à l'adolescence possède des particularités propres qui peuvent parfois rendre difficile le diagnostic : l'inhibition psychomotrice et psychique sont très

rares mais les manifestations physiques sous forme de plaintes somatiques, de troubles du comportement d'allure antisociale (instabilité, déviances diverses ..) ou d'une hyperactivité sexuelle sont un point d'appel fréquent. La tentative de suicide à l'adolescence se présente rarement comme une dépression classique mais bien plus souvent comme une lutte active et désordonnée pour échapper à une dépression sous-jacente [22]. Ainsi, le passage à l'acte est un des modes révélateurs préférentiels de l'adolescent dépressif et la dépression est d'autant plus fréquente qu'il y a récurrence [29].

b) Conduites suicidaires et psychopathologie de l'adolescence

Les psychiatres parlent de vulnérabilité psychique à propos du fonctionnement mental des adolescents suicidants. Leur psychologie se caractériserait par une grande fragilité narcissique, une difficulté dans la gestion des pulsions, une intolérance à la perte ainsi qu'une dépendance excessive aux liens parentaux ou à leurs substituts [5]. Mais pour Haim, le facteur le plus spécifique est l'insuffisance des mécanismes habituels de défense. Ce qui domine chez ces adolescents, c'est une incapacité à élaborer mentalement les conflits. Le geste suicidaire est plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable qu'un véritable désir de mort [23,28]. La tentative de suicide se présente comme une solution paradoxale qui permet d'évacuer les affects douloureux qui l'envahissent, à l'occasion d'un facteur déclenchant souvent minime. Cet événement précipitant qu'il s'agisse d'un échec scolaire ou sentimental, prendra la tonalité d'une blessure narcissique vécue comme insupportable. C'est surtout le caractère excessif de ce mode de fonctionnement psychique qui est particulier [20].

3) facteurs de risque ou facteurs associés

Au terme de "facteurs de risque " est maintenant préféré le terme de facteurs associés [12]. En effet si un grand nombre d'enquêtes auprès d'adolescents suicidaires[6,9,23,24] a permis de mettre en évidence des facteurs sociaux, familiaux ou individuels, aucun n'est spécifique et ne permet prédire le risque suicidaire.

Classiquement on distingue:

Des facteurs familiaux et sociaux

De nombreuses études insistent sur l'influence d'une problématique familiale : décès parental, séparation, divorce, pathologie mentale manifeste. Un suicide ou une tentative de suicide dans la famille ou l'entourage proche d'un adolescent augmente de façon importante le risque d'une TS. C'est la qualité des relations intra-familiales qui est en cause et surtout la violence entre les parents ou entre les enfants, surtout si elle est accompagnée de violences sexuelles [14]. L'impact des traumatismes sexuels est très souvent sous-estimé. De plus, la surprotection l'adolescent est

ou la soumission à de trop fortes exigences parentales sont aussi des facteurs favorisant [24]. Ainsi on retrouve dans la dynamique familiale des sujets suicidants un flou des limites interpersonnelles, un effacement des barrières entre les générations, des relations duelles privilégiées excluant plus ou moins le tiers, une fonction paternelle d'autorité défaillante, des non-dits et des secrets de famille [32]. Ces adolescents ont plus souvent une perception négative de la famille et un sentiment de solitude. On constate plus de ruptures dans l'environnement (déménagement, rupture avec les pairs).

Des facteurs comportementaux

Plusieurs troubles du comportement sont reliés aux TS, nous pouvons citer par ordre d'importance : la consommation régulière de drogues, la consommation régulière de tabac, l'absentéisme scolaire et la consommation d'alcool (particulièrement l'ivresse solitaire). De même, il existe un lien significatif entre les comportements violents, les violences subies physiques ou sexuelles et TS. La fugue, retrouvée dans les antécédents de 30 à 70% des jeunes suicidants, est un excellent signe d'alerte, facilement repérable et pourtant trop souvent banalisé [12,22]. Les adolescents suicidants ont plus de difficulté scolaires, plus d'absentéisme et plus de retard aux cours.

Des facteurs santé

Les jeunes suicidants sont plus souvent en mauvaise santé, ont été plus souvent hospitalisés, se disent plus fatigués et présentent plus de troubles fonctionnels et de plaintes somatiques : problèmes de sommeil, troubles des conduites alimentaires. Ils consomment plus de substances psychotropes (48% contre 12%) et ces médicaments ont été prescrits : Les troubles mentaux ont déjà été évoqués.

Signalons qu'un certain nombre de facteurs seraient plus fréquemment observés chez les jeunes ayant fait des TS à répétition, c'est le cas : des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels, de l'existence d'un diagnostic psychiatrique, de tendances dépressives [1,3].

Rappelons cependant qu'aucun de ces facteurs ne peut être considéré, à lui seul, comme explicatif d'une tentative de suicide. Les travaux de M. Choquet [12] ont révélé qu'un cumul de trois de ces facteurs pouvait entraîner un risque sept fois supérieur.

Les adolescents ayant des idées suicidaires récurrentes se caractérisent, comme les tentatives de suicide, par l'existence de difficultés personnelles et familiales, sont déprimés, ont une faible

estime d'eux-mêmes et se plaignent de troubles spécifiques non somatiques. Un continuum existe donc entre idée suicidaire et passage à l'acte.

4) Caractéristiques du processus suicidaire

Le processus suicidaire s'élabore en plusieurs étapes importantes à connaître pour envisager une prévention. Ce processus évolue par accès sur plusieurs jours ou plusieurs semaines.[32,34].

L'apparition des idées suicidaires se fait souvent de façon insidieuse.

L'idéation suicidaire résulte de la concentration "d'idées noires" qui s'expriment lorsque la pensée n'est plus en mesure d'articuler ni son langage intérieur ni son discours.

Elle émerge sans que le sujet n'en ait vraiment conscience et va se cristalliser autour d'événements vécus (rupture sentimentale par exemple) comme autant de facteurs déclenchants.

Les idées de suicide envahissent alors le champ de conscience au point de l'asphyxier. Les ruminations mentales ne semblent plus pouvoir s'exprimer en dehors de "l'agir".

A l'acmé des moments critiques, le sujet cherche à exprimer sa détresse auprès de ces proches. Il est fréquent qu'il fasse part de ses idées de suicide, au travers de propos allusifs directs ou indirects, d'écrits laissés en évidence.

Cette évolution angoissante s'accompagne d'une auto-restriction brutale des relations, qui traduit le repli douloureux du sujet sur lui-même vis-à-vis de l'entourage familial, mais aussi des pairs et des fréquentations habituelles. Les conduites de rupture se manifestent aussi par les fugues, l'absentéisme scolaire, les ivresses répétées, le recours aux stupéfiants, les troubles alimentaires ou encore les manifestations fonctionnelles (maux de tête, spasmophilie, labilité émotionnelle...).

L'adolescent peut faire part de ces idées par des propos ou des écrits allusifs. Ainsi un certain nombre de signaux sont envoyés de façon plus ou moins inconsciente à l'entourage.

Un dernier point est essentiel: malgré ses efforts pour lutter contre l'idéation suicidaire, le sujet a besoin d'aide pour sortir de l'impasse où il se trouve [32].

5) Différences filles et garçons

Les garçons qui vont mal auront plus volontiers recours à l'agressivité patente et à la violence projetée. Ils se signaleront par des prises de risques, des actes antisociaux ou une auto-agressivité (coups de poing, coups de tête, brûlures de cigarettes [32]. L'étude de I. Gasquet et M. Choquet [19] a montré que les suicidants de sexe masculin se distinguent des suicidants de sexe féminin

par des problèmes scolaires plus nets (déscolarisation, redoublement),une consommation de toxiques illicites plus fréquente, des symptômes habituellement retrouvés chez les filles (troubles du sommeil, plaintes psychologiques, troubles fonctionnels corporels.).

A niveau de souffrance psychologique égal, les filles expriment plus volontiers leur désir de rupture par des comportements de l'ordre de l'effacement, de l'ordre du retrait., des plaintes somatiques et un désinvestissement de ce qui les intéressait jusque là "En matière de comportement suicidaire, la recherche de l'échappement vis à vis d'une réalité externe ou interne insupportable, est de ce point de vue typiquement féminine" [32].

Ainsi, chez l'adolescent, il existe un certain nombre de signes avant-coureurs d'un risque suicidaire [26,32].

-Les modifications du comportement avec les comportements de retrait, s'accompagnant parfois d'isolement du sujet par rapport à ses camarades et de signes dépressifs.

La rupture se manifeste à la fois au sens propre par des comportements d'errance pouvant aboutir à une fugue pure et simple ou au sens symbolique par un absentéisme scolaire régulier (plus fréquent chez les garçons que chez les filles).

-Le désinvestissement scolaire total ou partiel est aussi une autre forme de retrait qui se juxtapose très souvent au repli relationnel.

- Les comportements d'auto-sabotage qui aboutissent à un effondrement brutal des résultats.

- La consommation régulière de drogues licites ou illicites, ainsi que de médicaments

- L'automutilation

- Les actes délictueux, les agressions verbales

- Clowneries incessantes

- Laisser-aller dans l'hygiène, l'apparence physique

- Le surinvestissement scolaire mais dans ce cas il existe souvent des signes anxio-dépressifs : un élève trop calme, trop isolé, trop studieux réclame la même attention que celui qui désinvestit son travail

- Les messages verbaux directs ou indirects ou des messages écrits faisant allusion au suicide

- Les dons d'objets personnels d'une forte valeur affective

- Les manifestations somatiques : les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires, les malaises, la fatigue, l'hyperlabilité émotionnelle

- Les troubles psychiques : les difficultés de concentration, la tristesse, l'ennui

- Il importe aussi de noter parmi les signes évocateurs la mauvaise adhésion à un traitement lorsque le jeune est atteint d'une maladie chronique (asthme, diabète...)

Aucun de ces signes n'est caractéristique en soi d'une idéation suicidaire intense mais leur ampleur, leur cumul, leur durée, leur répétition et leur accentuation indiquent un réel mal-être qui doit impérativement être pris en compte.

D-PROBLEMATIQUE

Notre propos n'était pas de présenter une analyse exhaustive de la question du suicide, mais ce rappel succinct des différentes approches, permet de mettre en valeur l'aspect multifactoriel et multidimensionnel du phénomène. Ainsi nous pointons d'emblée la complexité de son abord et de la mise en place d'une prévention.

Cependant, deux points forts se dégagent :

- La tentative de suicide et à fortiori le suicide sont toujours chez l'adolescent l'expression d'une souffrance psychologique.

- L'institution scolaire, étape obligée entre la famille et la société, contribue à la socialisation des jeunes ; elle devrait aussi contribuer à leur épanouissement physique et psychologique. Les jeunes y sont présents pendant une grande partie de leur adolescence, ils y expriment leur malaise et leurs symptômes de tous ordres. Les professionnels de la communauté éducative sont en relation constante avec ces jeunes et donc des observateurs privilégiés susceptibles d'intervenir de ce fait. L'école est donc un lieu privilégié de prévention

Malgré un cadre général de prévention, proposé depuis quelques années par le Ministère de l'Education Nationale, les taux de suicide et de tentative restent préoccupants. Pouvons nous y trouver une réponse? L'institution scolaire, comme nous l'avons dit devrait avoir sa place dans la prévention du suicide et le médecin de l'Education Nationale (mEN)

A partir d'entretiens réalisés auprès des jeunes mais aussi des adultes de la communauté éducative, nous essaierons d'analyser les représentations de chacun sur le suicide afin de proposer une meilleure reconnaissance et une prise en charge adaptée de ces jeunes en danger.

II-DEUXIEME PARTIE : ENQUETE DANS UN LYCEE

A-Les objectifs de l'enquête

L'objet de cette enquête est d'analyser les représentations des différents professionnels de l'Education Nationale et des élèves sur le suicide et d'observer comment ils se situent par rapport à ce problème. Qu'en est-il réellement d'une prévention possible? Quels sont leurs attentes dans ce domaine? Peut-on améliorer le repérage des adolescents suicidaires ? Peut-on améliorer les réponses institutionnelles au problème donné?

B-Méthodologie

1) Présentation du lieu d'étude

Le lycée d'enseignement général a été choisi pour notre étude. Il est situé dans la ville nouvelle de Val de Reuil, qui appartient au secteur qui nous sera confié l'année prochaine. Cette ville est localisée dans le département de l'Eure, dans la région de Haute Normandie. Ce secteur comprend par ailleurs deux villes plus anciennes Le Vaudreuil, attenante à Val de Reuil et Pont de l'Arche distante de quelques kilomètres.

Val de Reuil a été créée en 1967 pour être un pôle d'accueil des activités décentralisées de la région parisienne, pour devenir un pôle de décongestion de la région rouennaise et pour réaliser une opération pilote d'urbanisme. Sa population est en augmentation rapide (421 fin 1974, 4518 fin 1982, 11378 fin 1990 et 12968 habitants en 1998) et 40% de celle-ci a moins de 20 ans et seulement 4,9% a plus de 60 ans. Elle comprend 66% de gens actifs, essentiellement des ouvriers et des employés.

La population scolaire se répartit comme suit :

	Maternelles	Primaires	Collèges	Lycée
Val de Reuil	257	1439	1123	664
Le Vaudreuil	231	194	420	
Pont de l'Arche	219	1027	517	

Ces 5869 élèves sont répartis en 20 écoles maternelles et primaires et 4 collèges et un lycée d'enseignement général

Les deux collèges et les écoles primaires environnantes de Val de Reuil sont dans une zone d'éducation prioritaire depuis janvier 1999 ; un de ces deux collèges avait fait "la Une" de l'actualité en octobre 98 à la suite de problèmes liés à la violence.

L'équipe de santé scolaire se compose de la façon suivante :

Deux infirmières de secteur travaillent à temps partiel avec le médecin. L'infirmière du lycée repartit son temps de travail entre le lycée et un collège. L'autre collège de Val de Reuil est pourvu depuis cette année de deux infirmières à mi-temps. Celui du Vaudreuil d'une infirmière à temps partiel. Il n'y pas d'infirmière sur le collège de Pont de l'Arche.

Une assistante sociale est présente deux jours par semaine dans chaque établissement et il y a une secrétaire au centre médico-scolaire.

Le choix du lycée s'est fait selon plusieurs critères :

- L'âge des élèves : les tentatives de suicide concernent essentiellement les jeunes de plus de 16 ans
- La petite capacité de ce lycée : 664 élèves
- La diversité des milieux socio-économiques et ethniques présents.
- La bonne coopération de l'équipe éducative et particulièrement de l'infirmière.
- L'intérêt porté par l'équipe médico-sociale au sujet traité : une réflexion sur le mal-être des jeunes avait été entreprise au début de l'année.

Ce lycée, de construction récente, comporte plusieurs corps de bâtiment en bon état, séparés d'espaces verts.

Il compte 666 élèves regroupant 21 ethnies différentes : 406 filles et 260 garçons ; 501 sont demi-pensionnaires. Les classes se composent de 8 secondes ; 8 premières et 7 terminales, réparties en série L (littéraire), ES (économique et sociale), S (sciences), ACC (sciences technique et tertiaire action commerciale et comptabilité) et STTG (sciences techniques et tertiaires de gestion).

L'effectif total des personnels de l'établissement est de 62 . Il y a 30 enseignants dont 3 en Education Physique et sportive.

2)Présentation des entretiens

a)Préparation et déroulement des entretiens :

La première étape a consisté en une prise de contact avec le chef d'établissement afin de lui exposer les objectifs de notre étude et de lui demander l'autorisation de réaliser notre enquête auprès des différents membres de la communauté éducative et des élèves dans ce lycée.

Il nous a semblé intéressant de rencontrer d'autres professionnels de santé ayant en charge des adolescents (médecins traitants, thérapeutes de la santé mentale) afin d'analyser leur regard sur l'institution scolaire et la place qu'ils donnaient à la santé scolaire.

Les entretiens se sont déroulés selon les grilles d'entretien (annexes 4-5) élaborées à partir de la problématique de départ et adaptées aux différents intervenants. Il s'agit d'entretiens semi-directifs, ayant duré 30 à 45 minutes environ et jusqu'à 1 heure pour certains professionnels de santé. La rencontre avec les différents intervenants adultes et élèves s'est faite sur la base du volontariat. Une note d'information a été distribuée dans les casiers de chaque professeur et une autre a été affichée en salle des professeurs. Nous avons tenté avec l'infirmière de l'établissement de mobiliser un maximum de professeurs lors de passages réguliers en salle de professeurs ou lors du repas le midi. Pour les autres adultes de la communauté éducative, nous nous sommes directement adressés à eux en exposant le sujet de notre étude. On remarque d'emblée l'inquiétude de certains interlocuteurs à l'énoncé du thème choisi et le refus même pour certains de participer.

Les rendez-vous avec les professionnels de santé extérieurs à l'établissement ont été pris par téléphone sans trop de difficultés. Les personnes rencontrées ont été choisies parce qu'elles sont confrontées au problème dans leur pratique professionnelle (médecins traitants, psychologues) et qu'elles se trouvent géographiquement proches du lycée.

Il nous a paru important que, compte tenu du thème choisi, les élèves soient aussi volontaires pour participer à l'enquête. Celle-ci leur a été proposée soit lors de leur passage à l'infirmerie (avec demande d'en faire part à leur classe) soit lors de rencontre à la récréation soit par le biais de responsables de la maison des lycéens, ou du journal. Les délégués ne nous ont pas semblé comme particulièrement à l'écoute des autres élèves.

Les entretiens ont eu lieu dans l'établissement scolaire pour les personnes concernées : à l'infirmerie pour les élèves sauf pour le responsable de la maison des lycéens, dans une salle de leur choix pour les professeurs et dans les locaux respectifs des autres interlocuteurs (proviseur, surveillant...) Ainsi ont été interrogés au sein de l'établissement :

- le proviseur, le proviseur adjoint
- le conseiller principal d'éducation, le conseiller d'orientation psychologue
- un agent d'entretien, une surveillante
- l'infirmière, l'assistante sociale
- 5 professeurs (2 en mathématiques, 1 en EPS, 1 en sciences et vie de la terre, 1 en comptabilité)
- 14 élèves (7 filles) : 2 en seconde, 7 en première, 7 en terminale.

Nous avons rencontré les autres acteurs de santé sur leur lieu de travail..

- 2 médecins traitants
- Un pédopsychiatre et un infirmier psychiatrique exerçant dans un CMP^{8*}

⁸ Centre médico-psychologique

- Une psychologue et une psychothérapeute travaillant dans un autre CMP*
- Le responsable des urgences du secteur géographique

b)les limites des entretiens

Il a parfois été difficile d'exposer les objectifs notamment auprès des élèves où il a fallu dans un premier temps élargir le thème au mal-être des adolescents pour le recentrer ensuite sur le suicide. Il faut remarquer que les jeunes ont été moins effrayés par le sujet que les adultes. La grille d'entretien a parfois nécessité des aménagements dans son déroulement afin de laisser libre cours à la pensée de l'interlocuteur. Le manque de technique est apparu au moins lors des premiers entretiens notamment dans le respect du temps imparti et dans la nécessité de ne pas être trop directif. Enfin il a fallu quelquefois recentrer le débat initial sur le thème choisi, certains élèves ou certains professionnels dérivant sur des considérations trop générales.

Il est important de préciser que le but de cette enquête est de recueillir un éventail assez large et varié des représentations de chacun sur le suicide ; en aucun cas, il ne s'agit d'une étude statistique.

c)analyse des entretiens

Nous reprenons d'abord les entretiens selon une analyse verticale puis nous isolons les différents thèmes retrouvés et nous les regroupons par catégories professionnels lorsque cela s'avère nécessaire. Cette analyse thématique permet de mieux repérer les points communs et les divergences entre les différents interlocuteurs et donc leurs représentations spécifiques du thème abordé.

C-résultats des entretiens

1) La confrontation au risque suicidaire

Une première remarque s'impose : toutes les personnes interviewées ont été confrontées au problème que ce soit de façon personnelle, ou de façon professionnelle.

a)Entretiens avec les adultes de l'établissement

Parmi eux, trois ont été confrontés à un adolescent ayant fait un passage à l'acte. Mais plusieurs l'ont appris de façon différée (8 /12).

“Je n'en ai pas rencontré mais je l'ai su après ” (COP)

“On n'est pas toujours au courant. Il arrive que des parents informent après coup que leur enfant a fait une TS. L'élève ne souhaite pas toujours que ça se sache” (CPE) ”

“ Je l'ai appris par hasard. L'administration a tendance à cacher ces choses là C'est dommage de ne pas le savoir.” (un professeur)

“ Les parents ne préviennent pas toujours et les personnes au courant non plus; ”(infirmière)

La notion de risque suicidaire est à préciser car si la plupart n'ont pas été confrontés au passage à l'acte, plusieurs s'interrogent sur le sens des conduites addictives ou conduites dites à risque.

“Je suis plus intéressée par la prévention des conduites à risque. Je vois surtout des jeunes en situation de danger, qui ont fait des fugues ou qui consomment de l'alcool ou du tabac de façon abusive” (Assistante sociale)

“Je n'ai pas connu de lycéen ayant fait une tentative de suicide mais on est de plus en plus confronté à des adolescents ayant des attitudes suicidaires, des jeunes qui volent des véhicules, qui roulent ivres ou qui conduisent sous l'effet de la drogue. Tous ces comportements reflètent un mal-être ” (un professeur)

“ J'ai une grande inquiétude en ce qui concerne l'attrait des jeunes pour les toxicomanies. Il y a dans cette attitude une recherche d'un autre monde, proche du comportement suicidaire ” (un professeur)

b) Entretiens avec les élèves

Cette question n'a pas été abordée d'emblée mais après un moment d'entretien. Sur les 14 élèves rencontrés quatre seulement n'avaient pas été confrontés au problème. Parmi les 10 lycéens concernés, (6 filles et 3 garçons), quatre filles avaient fait une tentative de suicide passée inaperçue, par ingestion de quelques comprimés d'antalgiques ; pour les autres, une personne proche dans leur entourage avait fait une tentative de suicide.

Tous ces jeunes perçoivent l'adolescence comme une période instable, de grande vulnérabilité psychologique où “on se laisserait facilement embarquer par les toxicomanies ” dit un élève de terminale.

2) Sens donné à l'acte suicidaire

Pour tous les professionnels de l'E.N., la tentative de suicide a un sens et est un appel au secours qu'il ne faut pas négliger.

“ On doit prendre au sérieux toute TS, ce n’est pas du cinéma...Toute tentative de suicide nécessite le même intérêt et un suivi psychologique car sinon il va recommencer et la fois suivante ce sera plus grave. ” (proviseur)

“ Quel que soit le geste il exprime un mal-être à ne pas négliger et en ce sens la gravité est la même ” (adjoint du proviseur)

Cependant la gravité est à nuancer en fonction du contexte dans lequel le geste s’est produit.

“ Il y a une nuance de gravité car la symbolique est différente entre les différents moyens employés. Il y a des degrés dans la façon dont le jeune veut alerter son entourage : plus le moyen employé est violent, plus la souffrance sous-jacente est grande ” (infirmière)

Pour tous les élèves aussi la tentative de suicide est un appel à l’aide dans lequel le désir de mort n’est pas conscient.

“ J’espérais m’évader, pas mourir car j’avais envie de vivre. Je voulais leur dire (à mes parents) souvenez-vous, j’existe ” (une élève ayant fait une TS)

Une élève de seconde pense même que la tentative de suicide est un geste banal et fréquent et que “ toutes les filles ont fait une TS.”

Comme en témoignent les élèves, la tentative de suicide est une réalité relativement fréquente souvent méconnue par les adultes. Ceux-ci regrettent de ne pas en être informés. Presque tous s’accordent pour reconnaître sa gravité.

3) la perception des facteurs associés au suicide

Si le passage à l’acte reste pour tous mystérieux dans son mécanisme, un certain nombre d’éléments ou d’événements semble le “favoriser” : Par ordre de citation regroupant les élèves et les adultes.

a) Les perturbations familiales

Qu’il s’agisse de rupture familiale (séparation, divorce) de décès ou de maladie d’un des parents, ils sont cités par tous les élèves sans exception et par tous les adultes de l’établissement sauf un.

Les mauvaises relations familiales (les conflits) ont une place prépondérante dans la perception du mal-être chez les adolescents.” C’est quand même la famille qui sécurise .C’est une des choses les plus importantes pour un bon équilibre ” (un élève)

L’infirmière et l’assistante sociale signalent “les histoires incestueuses ” comme étant un motif possible de passage à l’acte, de même que les antécédents d’abus sexuels.

b) Les ruptures sentimentales et relationnelles :

Les élèves insistent beaucoup sur cet élément trop souvent pris à la dérision selon eux par leur entourage.

De façon plus générale les problèmes relationnels, l'isolement et le manque de communication notamment avec les adultes de l'entourage sont évoqués par les élèves (11 sur 13), par les professeurs et le personnel éducatif.

” Je me sentais enfermée comme dans une prison jusqu'à l'âge de quinze ans. Il n'y avait aucune communication avec mes parents ” dit une élève de seconde.

c) Les difficultés scolaires

Mises en avant par la moitié des élèves, essentiellement les élèves de terminale, elles sont directement liées à la peur de l'avenir et du chômage. Les professeurs et le personnel de direction ont conscience de l'enjeu professionnel et du stress généré par le système éducatif, mais pour le proviseur adjoint et l'infirmière ce facteur est très relatif.

d) L'image de soi

La difficulté à s'accepter physiquement est signalée par deux adultes et quatre élèves dont une qui avait beaucoup souffert d'une déformation nasale et avait fait un passage à l'acte.

e) Les facteurs de santé

Le suicide comme facteur évocateur d'une pathologie mentale n'est mentionné que par un élève de première. Pour lui “ Le suicide c'est forcément pathologique, ce n'est pas naturel. C'est une névrose. D'ailleurs même le suicide échappe au suicidé. ”

De même la dépression n'est citée que par deux élèves et un adulte de l'équipe éducative comme facteur causal.

f) Autres éléments cités

La peur de l'avenir rejoint la peur de l'échec scolaire et la crainte du chômage, citées par deux adultes. L'absence de motivation des élèves est reconnue par quatre des adultes interrogés (dont deux professeurs) comme des facteurs participant au mal-être.

4) Indicateurs de risque suicidaire chez un adolescent

Ces indicateurs servent à reconnaître des adolescents en souffrance, mais l'approche du suicide ne peut se réduire à ces simples indicateurs. Cette question a été embarrassante pour

pratiquement toutes les personnes interrogées et il a fallu parfois élargir l'approche. Un certain nombre de points communs à tous les interlocuteurs se dégagent cependant.

a) Pour les élèves :

La notion de rupture dans l'attitude de l'individu est évidente.

Le changement de comportement est toujours perçu comme le signe le plus fiable que ce soit dans le sens d'un retrait, d'un isolement par rapport au groupe des pairs, d'une indifférence ou d'une agressivité soudaine.

Le désintérêt pour le lycée et la chute des résultats scolaires ainsi que le manque de concentration sont cités dans la moitié des cas alors que l'absentéisme n'inquiète qu'une élève.

L'attitude physique, la tristesse, les pleurs inopinées, de même que l'aspect physique (ex : la négligence vestimentaire) semblent être perçus comme un bon reflet " d'un mal-être " chez un jeune.

" Cela se voit sur lui quand un jeune ne va pas bien ". (une élève de première)

" Cela se voit dans la façon de communiquer, de s'adresser aux gens " (une autre élève de terminale)

"Quand on a mal, on refuse la communication"

Parallèlement plusieurs élèves insistent sur la difficulté de repérage des jeunes qui "vont mal " compte tenu de la volonté chez ces derniers de dissimuler leur état et leur impossibilité à communiquer.

" Celui qui va mal , d'abord il va le cacher, il va chercher à s'isoler puis après il va devenir violent avec ses camarades : ça ne se voit pas tout de suite...c'est sur le long terme "

Les manifestations somatiques : troubles du sommeil, céphalées, malaise ou troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) sont signalées par quatre élèves de sexe féminin.

Alors que trois garçons évoquent l'abus des substances psychoactives (alcool, cannabis...) ou du tabac comme des indicateurs de mal-être important.

Enfin une élève signale qu'elle même a fait une "mini-fugue" de quelques heures à une époque où elle avait des idées suicidaires intenses.

Une autre explique qu'elle a eu une conduite autodestructrice : elle se balafrait le bras avec un cutter jusqu'au sang. "J'avais très mal à l'intérieur : j'avais une boule de nerf à l'intérieur et j'explosais sur moi".

b) Pour les professeurs :

D'emblée ils signalent la difficulté à "repérer" des signes évocateurs.

" Difficile de dire si un jeune a des tendances suicidaires car on n'a pas les signaux. Ceux ne sont pas ceux qui en parlent le plus qui passeront à l'acte. J'ai l'impression que c'est plus sournois".

" J'ai pas l'impression que ce soit facile de voir ça Normalement, ils devraient envoyer des signes " (un autre professeur).

Sur les cinq professeurs, deux seulement signalent le changement de comportement ou d'attitude comme un assez bon indicateur, surtout lorsqu'il s'agit d'un repli sur soi.

L'effondrement scolaire n'est signalé spontanément que par un professeur qui note aussi le surinvestissement scolaire comme inquiétant chez un jeune surtout s'il entraîne une coupure avec les copains.

L'attitude physique et la tristesse interpellent trois professeurs.

Les dispenses abusives de sport sont, pour le professeur d'EPS, un moyen d'alerter.

Pour ce professeur les "prises de risque" telles que les conduites en état d'ivresse ou l'abus de substances psychotropes sont des signaux d'alarme très significatifs. "Ils amènent des médicaments dans le gymnase. C'est un appel à l'aide. "

L'automutilation est signalée une fois

c) Les autres adultes de l'établissement

La coupure avec les autres élèves est le signe le plus patent pour tous, ainsi que les changements de comportement surtout lorsqu'il se font dans le sens d'un isolement du groupe des pairs.

L'absentéisme interpelle plus de la moitié des adultes. Les autres signes sont cités de façon ponctuelle : la labilité émotionnelle, l'absence de motivation générale, la chute des résultats scolaires, les mutilations, les conduites dites à risque.

Les plaintes somatiques, notamment les crises de spasmodie sont citées par l'infirmière "la crise d'angoisse est le premier signe qui alerte chez un jeune. Je fais attention à ceux qui viennent souvent à l'infirmerie"

L'assistante sociale trouve que "on repère mieux au collège les jeunes qui vont mal car le malaise s'extériorise mieux quand ils sont plus jeunes ".

Le repérage de signes évocateurs de risque suicidaire ne semble pas aisé : toutefois les jeunes semblent plus attentifs à la diversité des manifestations alors que les adultes ont une vue plus parcellaire des manifestations.

5) Personnes ressources et attitude face au mal-être

Lorsqu'ils ne vont pas bien, l'attitude des élèves est consensuelle: ils s'adressent d'abord à leurs pairs et surtout au meilleur copain.

La notion de confidentialité est fondamentale, ainsi que le respect et la confiance :

"parler à quelqu'un qu'on ne connaît pas c'est difficile : les jeunes se confient surtout entre eux"

"On a peur de se confier, de ce que les autres vont dire"

L'infirmière du lycée est citée dans la moitié des cas ; Elle est "discrète" et sait écouter ; Un élève fait remarquer que l'infirmerie est située juste en face de l'administration, ce qui réalise une gêne à la discrétion. Deux autres opposent qu'ils y vont surtout pour les "bobos".

L'attitude envers les professeurs est très nuancée :

Trois élèves s'adressent volontiers à eux si ceux-ci leurs "tendent une perche" car "ils nous connaissent, ils sont attentifs mais pour quatre autres, " il n'y a pas assez d'affinité avec eux, ils ne savent pas écouter et le secret, ils ne connaissent pas".

L'assistante sociale n'est citée qu'une seule fois comme personne ressource ; Pour les autres élèves, l'assistante sociale a une image négative car sa fonction reste méconnue et est vécue avec appréhension : "c'est pas rassurant de la voir" ou "on va la voir quand il y a eu une agression".

Les surveillants et le proviseur sont cités spontanément par deux élèves.

Trois élèves ne citent pas d'adultes ressources au lycée et pensent que les jeunes en détresse ne savent pas toujours où trouver de l'aide dans l'établissement. Plusieurs insistent sur le fait que "quand ça ne va pas bien, on ne va voir personne"

La plupart ne savent pas quelle attitude adopter lorsqu'un de leur camarade dans ce cas;

Les enseignants ont conscience qu'ils ont un rôle à jouer : ils reconnaissent qu'il est difficile pour un élève d'aller vers un professeur et que c'est à eux d'être vigilants, ils ont le sentiment d'être choisis par les élèves et que le professeur principal a aussi un rôle de médiateur. Pour eux, les surveillants remplissent une fonction importante car ils se situent à la charnière entre les adolescents et les adultes. Eux-mêmes se concertent lorsqu'ils se trouvent en présence d'un élève pour lequel ils sont inquiets mais ils choisissent leurs interlocuteurs ; "Je fais le tri parmi les collègues, il y en a à qui je ne dirai rien". Ils pensent que l'infirmière est la personne ressource la plus confrontée aux élèves qui vont mal. Ils n'hésitent pas à lui parler des élèves lorsqu'ils sentent un élève en difficulté psychologique.

Les autres adultes du personnel administratif et d'entretien ont conscience de leur rôle d'écoute. Quand les élèves viennent au bureau des surveillants c'est qu'ils ont besoin de parler ; "ici on est

assez ouvert" Pour eux le rôle des professeurs est fondamental dans l'évaluation du mal-être des élèves mais déplorent en même temps un manque de circulation des informations

Le choix de l'interlocuteur est très variable selon les élèves

6) Place de la prévention

La question a été difficile car elle obligeait à une réflexion sur les possibilités d'action.

a) les élèves

Après avoir une nouvelle fois insisté sur la difficulté d'une prévention, compte tenu du refus de contact lorsqu'un jeune "va mal", les élèves orientent leurs idées sur deux axes essentiels: l'écoute et la relation professeurs-élèves.

La moitié d'entre eux insistent sur la nécessité de pouvoir parler et d'avoir un lieu d'écoute "on se sent mieux quand on a parlé. Parler ça permet de s'ouvrir" "mais ils ont des difficultés à préciser les modalités de cette "écoute" La notion d'anonymat, de confidentialité et de neutralité du lieu ressortent pour tous. La perception du psychologue est souvent entachée de crainte. "Un psychiatre c'est quand on est fou" et "Aller voir un psychologue, c'est qu'on est un peu taré" La confusion est certaine entre les différents intervenants de la santé mentale et leur fonction est méconnue.

La nécessité de consulter un médecin hors du lycée a été évoquée deux fois .

Par contre, **le médecin scolaire n'est jamais cité comme une personne ressource**. Nous avons donc posé la question aux élèves afin de savoir s'ils connaissent ses missions; les trois-quarts ne connaissent pas ses fonctions et ignorent son existence au sein du lycée. Deux élèves ont précisé qu'il faisait des visites au collège.

Le besoin d'une amélioration de la communication avec les professeurs est exprimée par pratiquement tous les élèves : "ils ne nous écoutent pas assez" "Il y a une barrière entre les profs et nous" "Les enseignants sont plus répressifs que préventifs, ils sont pleins de préjugés" "La pédagogie n'est pas assez individualisée; il faudrait changer le système scolaire"

Ils ne parlent pas de la place des parents à l'intérieur du lycée.

Enfin le lycée est plutôt perçu comme un environnement protecteur par rapport au suicide, en ce sens.

b) les adultes de la communauté éducative

les besoins se situent à deux niveaux:

-Vis à vis des élèves: tous pensent qu'il est nécessaire de favoriser l'écoute des élèves afin de leur permettre d'exprimer leurs difficultés.

Les enseignants, l'infirmière et le COP proposent que les élèves puissent rencontrer des psychologues dans des lieux d'écoute appropriés au lycée. Les autres, pensent important que le jeune puisse trouver un référent à qui s'adresser.

De l'avis des non-enseignants, **les professeurs ont un rôle fondamental à assumer**. "Les professeurs sont les personnes les plus proches des élèves"(AS)." Ils sont bien repérés par les élèves" (surveillant) En même temps on leur reproche d'être trop attachés aux résultats scolaires.

L'agent d'entretien insiste sur le développement de la vie associative pour "lutter contre le suicide" que ce soit par le théâtre, le sport, les arts plastiques...Il est nécessaire de développer la vie extra-scolaire et de privilégier les contacts avec l'extérieur". " Les adolescents manquent de repères et leurs parents n'arrivent pas toujours à leur en donner"

- Vis à vis des adultes: le besoin de formation est exprimé par tous les professeurs et le CPE

"En tant qu'enseignant, on devrait avoir une formation pour connaître les signaux d'alarme. La prévention du suicide c'est compliqué; si on compare ce problème à celui de l'alcoolisme, le jeune n'en a pas forcément conscience."

"On réagit à l'instinct, il y a des signes qui nous échappent"

"On souhaiterait plus de formation notamment en psychologie pour savoir conduire un entretien sans faire d'erreur"(CPE) .

Mais ils souhaitent plutôt une formation "sur le terrain", lorsqu'ils exercent leur métier et non lors de leurs études. Il pourrait s'agir d'une formation théorique avec un psychologue ayant une expérience auprès d'adolescents ou de rencontres avec des professionnels de santé physique ou mentale, de la justice Le besoin d'échanger avec d'autres corps de métier apparaît.

Un professeur souhaiterait une concertation plus fréquente entre les différents adultes de l'établissement, mais reconnaît que se pose alors le problème du volontariat.

c) Les suggestions des professionnels de la santé

-La possibilité pour les jeunes de pouvoir s'adresser librement à des adultes dans lesquels ils ont confiance

-L'augmentation du nombre de lieux d'écoute par des personnes "sans compétence particulière" ; la connotation "psy" a très souvent un effet répulsif auprès des adolescents.

-L'existence de groupes de parole (psychothérapeute)

-Une sensibilisation des adultes, sous forme de débats avec les enseignants le médecin, l'infirmière, l'AS et non sous forme théorique; (pédopsychiatre, psychologue, médecins généralistes)

-La formation pour les enseignants sur le "repérage des adolescents en souffrance psychologique" car "l'absentéisme, par exemple, est un facteur de risque facilement repérable"(un médecin généraliste)

- Le traitement de l'alcoolisme des parents qui est un problème particulièrement prégnant sur le secteur

- L'implication des parents dans cette prévention (psychologue)

- La prévention de la violence au sein de l'institution scolaire ainsi que l'engagement d'une réflexion sur la fonction pédagogique : il faut donner des repères à ces adolescents "Reconstruire dans le réel ce qui fait défaut à l'intérieur. Reconstruire à l'intérieur de l'institution ce travail de complémentarité différente"

La dépression est signalée par les généralistes comme un facteur sous-estimé à la fois en terme de fréquence mais aussi en de gravité dans la population adolescente" c'est un sujet tabou ; pourtant il n'est pas exceptionnel. Les jeunes n'arrivent pas à aller chez le psychiatre. Ils préfèrent revoir le généraliste deux ou trois fois." -

Confronté à des adolescents étant passés à l'acte, le responsable des urgences de l'hôpital du secteur reconnaît ne pas avoir réfléchi à un travail de prévention au sein d'une institution scolaire; il ne connaît pas les fonctions du mEN. Par contre il insiste aussi sur l'environnement défavorable: la fréquence de l'alcoolisme chez les parents ainsi que sur la précarité d'une grande partie de la population locale.

Le psychiatre, la psychologue les médecins généralistes situent le rôle du médecin de l'Education Nationale à plusieurs niveaux; dans le repérage, dans le suivi. et dans l'évaluation du risque;

"Il peut suivre les élèves qui ne vont pas bien en les reconvoquant par exemple et c'est très important"

"Le médecin scolaire peut préparer à un suivi psychologique et surtout, il peut garder le contact avec l'élève puis transférer en cas de nécessité"

"Le médecin scolaire est un interlocuteur des jeunes. Il faut que les adolescents puissent déposer leur parole"

Le pédopsychiatre apporte les limites à l'action du médecin scolaire en rappelant la nécessité d'une prise en charge thérapeutique. Les idées suicidaires sont fréquentes à l'adolescence, mais leur présence envahissante chez un adolescent doit inciter à une consultation spécialisée.

D-Analyse des entretiens

De cette enquête, nous pouvons dégager un certain nombre de points de convergence et de divergence.

Les adultes comme les adolescents donnent un sens à l'acte suicidaire. Mais la question du suicide pose nécessairement la question du sens de la vie. C'est une question subjective renvoyant l'interlocuteur à son histoire personnelle. Ainsi plusieurs entretiens avec les adultes faisaient référence à un vécu personnel prégnant. Quand aux élèves, la question a pu être abordée au cours de l'entretien sans difficulté.

Les facteurs associés et les indicateurs de risque suicidaire cités lors de cette enquête se recoupent avec ceux déjà connus par les nombreuses études multicentriques. Nous observons que les élèves ont une assez bonne perception du risque suicidaire chez leurs pairs. Le questionnement sur la mort étant pour eux à la fois très intime et très présent, ils peuvent en ressentir d'autant plus facilement les débordements chez leurs pairs. En contrepartie, ce reflet chez les autres de leurs propres angoisses peut être déstabilisant et ils ne savent pas comment y faire face.

Enfin, les lycéens comme les adultes ont conscience de la nécessité et de la possibilité d'une prévention, même si la question semble complexe. Tous évoquent le dialogue, la communication et l'écoute des élèves mais il n'a jamais été évoqué l'écoute des adultes et particulièrement des enseignants qui eux aussi sont confrontés à des difficultés et à des questionnements professionnels.

Par contre, un certain nombre de difficultés apparaissent clairement. En ce qui concerne le corps enseignant, nous avons eu beaucoup de difficulté à le mobiliser. Nous aurions souhaité rencontrer une dizaine de professeurs mais malgré plusieurs relances, y compris en salle des professeurs, seulement cinq sur 60 soit 8,3% ont accepté de participer à cette étude. Notons que ce sont essentiellement les professeurs des matières scientifiques (2 professeurs de mathématique, 1 professeur de science et vie de la terre) qui ont répondu. Ce résultat rejoint celui d'une précédente étude conduite en 1994 auprès de 404 professeurs de l'enseignement secondaire [8]: la participation des enseignants avait été peu concluante 21,8% seulement avait accepté de répondre à un questionnaire anonyme. La répartition était la suivante 29% parmi les disciplines scientifiques, 21% parmi les littéraires, 14% parmi les sportives et 0% parmi les artistiques. Elle montrait par ailleurs qu'il semblait délicat de pouvoir proposer une approche préventive utilisant les enseignants si ceux-ci n'ont pas reçu de formation préalable.

Par ailleurs, les enseignants se sentent incompetents sur ce problème ; plusieurs professeurs ont signalé lors des entretiens que leur réticence à participer à cette enquête venait du sujet lui-même : ils pensaient ne rien pouvoir apporter du fait d'une méconnaissance du sujet. Le suicide serait donc perçu comme un problème ne s'adressant qu'à des spécialistes, un problème d'expertise médicale en quelque sorte, pour lequel les adultes de la communauté éducative ne perçoivent pas leur rôle essentiel.

L'ensemble des adultes semble assez démuni face au problème de repérage d'un adolescent suicidaire. Cependant ils ne nient pas la réalité de ce problème et souhaitent améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes. Le manque de formation est très présent dans les entretiens. Leurs difficultés à se positionner face aux élèves apparaissent dans plusieurs entretiens ; "Un professeur a toujours l'impression qu'il remet en cause son autorité s'il se dévoile", "Aborder la question du mal-être avec les élèves, ça nous transporte dans une relation avec l'élève qui est plus intime; ça nous oblige à nous livrer. Pour certains collègues, c'est impossible." Parallèlement, tous, adultes comme élèves donnent aux enseignants une place privilégiée dans le repérage et l'écoute des adolescents en difficultés.

Le regard des professionnels de santé extérieur à l'établissement croise celui des membres de la communauté éducative ; l'école a sa place dans la prévention du suicide.

Le rôle et les missions du mEN sont très imprécis pour la plupart des élèves. Il n'est pas souvent perçu par l'ensemble de la communauté éducative comme un acteur de proximité. Pour diverses raisons : manque de présence dans l'établissement, champ d'action en dehors des visites systématiques mal connu. Par contre, les professionnels de santé extérieurs à l'établissement ont conscience qu'il peut jouer un rôle actif dans la prévention du suicide.

Partant de cette analyse et nous appuyant sur les outils déjà en place dans l'institution scolaire, nous proposons quelques mesures.

III-TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

A-L'école : un lieu privilégié de prévention

L'analyse de nos entretiens nous montre que le mal-être des adolescents s'exprime essentiellement dans les deux lieux de vie que sont la famille et l'école. C'est donc au sein de la famille et de l'école que devraient se dessiner les réponses à leurs difficultés. En effet, la scolarité des adolescents ne se résume pas à l'acquisition des connaissances ; elle leur permet de sortir de l'enfance, d'acquérir une autonomie. "Pour l'adolescent, elle participe activement au phénomène de séparation individuation, en le plaçant face à ses capacités de réussite individuelle et de socialisation." [8]. Ainsi, l'institution scolaire, parce qu'elle regroupe en son sein une grande diversité de professionnels d'horizon divers est un lieu privilégié d'observation et de prévention. Celles-ci font partie des missions confiées à l'école et à la communauté éducative en charge des élèves. La démarche de prévention du suicide doit s'inscrire dans une démarche plus large des conduites à risque, dans la mesure où beaucoup de conduites à risque sont probablement des équivalents suicidaires. Elle nécessite un travail en concertation à la fois à l'intérieur de l'établissement mais aussi avec les partenaires extérieurs

Les missions **du Service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE)** ont été clairement définies dans la circulaire du 24 juin 1991 [1] :

- "promouvoir la santé physique et mentale en faveur de tous les jeunes scolarisés en vue de contribuer à leur bon équilibre et à leur épanouissement et d'assurer leur bonne insertion dans l'école ... "

- "participer dans le cadre de la mission éducative de l'école à la formation des jeunes dans le domaine des sciences de la vie et améliorer leurs capacités à mettre en valeur leur propre santé par des choix de comportement libres et responsables devant les problèmes de santé publique et de société qui peuvent se poser. L'éducation à la santé constitue un des axes dont le rapport annexé à la loi d'orientation a souligné l'importance. Elle contribue à la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes : échec scolaire, difficultés relationnelles, mal-être... Elle ne peut être menée qu'en partenariat, avec la participation active de toute la communauté scolaire et notamment des enseignants..."

- "contribuer à faire de l'école, en cohérence avec l'enseignement dispensé, un lieu de vie et de communication ... "

L'infirmière et le mEN sont effectivement des interlocuteurs privilégiés des adolescents (annexe 3). L'enquête de M. Choquet et S. Ledoux [10] nous montre que les jeunes en difficulté

psychologique (dépressivité, idées suicidaires, consommateurs de drogue, comportements violents) consultent plus que les autres les médecins généralistes et le service de santé scolaire. Par exemple, un adolescent sur 4 hospitalisé pour TS a consulté à plusieurs reprises le mEN dans l'année. L'infirmière scolaire est plus souvent consultée par les jeunes usagers de drogues et par les jeunes ayant des conduites violentes. Les jeunes ayant des conduites violentes fréquentes, un absentéisme régulier, une symptomatologie dépressive ou ayant fait des tentatives de suicide consultent plus fréquemment le médecin scolaire.

Le rôle du service de santé scolaire est donc essentiel et est favorisé dans les établissements scolaires où l'infirmière est présente et proche des élèves. Au-delà de la plainte somatique, le médecin scolaire est compétent pour décrypter l'expression d'un malaise sous-jacent. L'obligation de secret professionnel à laquelle le médecin et l'infirmière sont soumis permet d'établir une relation de confiance avec l'adolescent. Nos entretiens auprès des membres de la communauté scolaire montrent cependant une réelle méconnaissance des fonctions du mEN, ce qui est un obstacle important à sa sollicitation.

1) Identification du mEN par l'ensemble de la communauté scolaire

Le mEN constitue une interface entre les jeunes, le monde de la santé, le monde de l'enseignement, le tissu familial et social. Son rôle peut donc s'articuler à plusieurs niveaux :

- au niveau de l'élève car il en est un interlocuteur privilégié; il peut aussi établir des liens avec les familles

- au niveau des adultes de l'établissement car il en est le référent santé. "De par son rôle de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective auprès du chef d'établissement" (1), le mEN peut aider à la mise en place d'outils de réflexion et d'actions au sein de l'institution scolaire dans le but de mieux reconnaître des adolescents en souffrance psychologique.

- au niveau des professionnels extérieurs à l'établissement avec lesquels il peut établir des relations privilégiées.

Il importe donc de bien expliquer sa fonction au sein de l'établissement :

A l'occasion de la réunion préparatoire de la rentrée, à laquelle participe l'infirmière de l'établissement, le mEN peut se présenter au début de son activité dans les établissements secondaires de son secteur aux chefs d'établissement et rencontrer le corps enseignant pour leur exposer les missions du SPSFE.

Ce même type de démarche pourrait se faire en direction des élèves. Compte tenu de l'étendue des secteurs, cette initiative pourrait cibler les élèves des classes de 6^{ème} pour les collèges et de seconde pour les lycées.

Une présence périodique du mEN dans l'établissement avec des horaires réguliers permettrait de faciliter et d'instaurer cette communication au sein de l'établissement, de l'identifier de celui-ci comme un interlocuteur potentiel. Les horaires peuvent être affichés dans des lieux communs à tous les élèves, en salle des professeurs et à l'infirmerie.

Un livret est distribué à chaque élève en début d'année par l'établissement et offre le support nécessaire pour présenter brièvement le rôle du Service de promotion de la santé en faveur des élèves et informer ceux-ci des coordonnées du centre médico-scolaire, des horaires des consultations instaurées, afin que les adolescents et/ou leur famille puissent savoir où et comment contacter le médecin.

2) Rôle du médecin de l'éducation nationale dans le repérage individuel

Dans sa pratique professionnelle, le mEN est souvent amené à rencontrer des adolescents : visites d'orientation, délivrances d'aptitudes, examens à la demande soit de l'adolescent, soit de l'infirmière, soit de l'équipe éducative. Lors de ces entretiens individuels, il nous est possible d'orienter l'interrogatoire médical vers des signes de mal-être, de rechercher des conduites à risque. Un questionnaire de ce type est proposé en annexe. Il pourrait être remis à l'adolescent de façon systématique. Les réponses à ce questionnaire offre une ouverture au dialogue avec l'adolescent. Comme ceux-ci l'ont souligné dans notre enquête, les adolescents sont prêts à "prendre la perche que les adultes leur tendent".

3) Favoriser la communication au sein de l'établissement

Comme le montre notre enquête, la communication à propos d'adolescents en difficulté, est à améliorer entre les différents personnels de l'établissement. Un des moyens pour y répondre est la mise en place de réunions pluridisciplinaires où le médecin a un rôle d'expert et de synthèse. L'exemple de la commission technique sociale existant en Ile et Vilaine (CTS) est très intéressante. Elle réunit sous l'impulsion du chef d'établissement des membres permanents [CPE, enseignant(s), mEN, infirmier(ère), assistante sociale] et des membres invités. Tout membre de la

communauté éducative peut saisir la commission en remplissant une fiche à disposition dans la salle des professeurs, le bureau du CPE ou le secrétariat. Les membres de la commission sont tenus à l'obligation de réserve. Au-delà de l'aide apportée aux élèves, l'objectif prioritaire est de changer le regard porté sur eux [26]. Elle permet ainsi d'identifier les champs d'intervention de chacun, de faire remonter les informations et de croiser le regard des différents intervenants.

Une commission un peu similaire a été mise en place au sein de l'établissement dans lequel notre enquête s'est déroulée. Elle se constitue du proviseur et de son adjoint, la CPE, l'intendant, l'assistante sociale et l'infirmière. En s'élargissant à l'ensemble des personnes concernées et notamment le mEN et les enseignants, cette commission remplit la fonction de réunion pluridisciplinaire suggérée ci dessus.

4) Contribution à des actions de formation et d'informations

En dehors des parents, les enseignants sont les adultes qui sont les plus au contact des jeunes. Ils sont de ce fait des observateurs privilégiés du mal-être des élèves. De plus, ils représentent pour les adolescents des images parentales substitutives. Comme nous l'avons vu, les adultes de l'établissement et tout particulièrement les professeurs souhaitent approfondir leurs connaissances sur les modifications physiques et psychiques à l'adolescence et être informés des signes évocateurs de détresse voire de risque suicidaire. Ils souhaitent une formation pratique les aidant à se positionner par rapport aux élèves. Parallèlement, certains professionnels de la santé mentale accepteraient de s'impliquer avec les enseignants dans une réflexion autour de l'adolescent.

En tant que conseiller technique, il est indispensable que le mEN s'investisse dans la formation des enseignants mais aussi de toute l'équipe éducative. Le mEN peut envisager son action à différents niveaux :

Au sein de l'établissement en organisant des rencontres débats où chacun pourrait confronter ses difficultés vis à vis du suicide dans le cadre de sa profession. Ces initiatives doivent être répétées et ne pas être découragées par la faible participation, que nous avons pu constatée lors d'une réunion d'information organisée dans l'établissement au début de l'année. Plus qu'une formation théorique, le débat peut être animé à propos de cas concrets et de matériel pédagogique tel que la cassette "Sortie de secours " afin de susciter au mieux l'équipe éducative à formuler ses interrogations auprès des professionnels de la santé présents.

.

De façon plus globale, une formation des adultes de la communauté éducative peut être organisée sur site, regroupant les différents acteurs du champ de la prévention: service social, médical, éducatif...Ce type de formation permet de situer le rôle de chacun dans la problématique de l'adolescent et de la prévention du suicide et de définir une base commune de réflexion et d'action.

Au niveau académique, le mEN pourrait s'impliquer dans la formation continue des enseignants et des personnels administratifs en impulsant des formations sur les enjeux de l'adolescence. A ce titre, une expérience intéressante est menée depuis huit ans dans l'Académie de Marseille [4] autour de la collaboration entre psychiatre infanto-juvénile et Education Nationale. Des stages de formation, animés par des praticiens hospitaliers ont été proposés afin de doter les établissements du secondaire d'équipe relais composés de volontaires pouvant servir de personnes ressources locales. Ce type d'initiative peut rejoindre la formation sur site.

Encore plus en amont, un module de formation portant sur le cadre général des enjeux de l'adolescence pourrait être proposé au niveau de la formation initiale des enseignants dans les IUFM (institut de formation des maîtres). Le mEN peut participer à une telle formation en tant qu'acteur de terrain.

Pour les élèves et les familles : Le mEN en collaboration avec l'infirmière peut organiser des clubs santé permettant de développer des thèmes de santé choisis en concertation avec les élèves. Ceci offre l'occasion de leur proposer des sujets spécifiques à l'adolescence comme les modifications corporelles, les conduites addictives de groupes etc., toutes offrant l'occasion d'aborder le mal-être et/ou le suicide. Enfin, il est possible d'organiser des réunions d'informations sur l'adolescent auprès des parents.

5) Un réseau autour de l'adolescent suicidaire

La prévention du suicide justifie d'un travail en réseau, dans lequel le mEN a naturellement sa place, comme interlocuteur essentiel de l'adolescent et connaît la diversité d'expression de la souffrance chez les jeunes. En effet, les difficultés potentielles que peut rencontrer un jeune sont diverses : sociales, économiques, éducatives. Cette capacité à établir des liens, à s'inscrire dans un "réseau de soins" est d'autant plus importante que l'adolescent est en situation de rupture et de déscolarisation [27]. La médecine de l'adolescent est une médecine qui plus que toute autre s'occupe de l'individu dans sa globalité, tenant compte du contexte familial et environnemental.

Les médecins généralistes ont insisté sur la difficulté à garder un contact avec un adolescent qui va mal, particulièrement lorsqu'il est dépressif. Le mEN, par sa position privilégiée d'interlocuteur des élèves au sein de l'institution scolaire, peut maintenir ce lien entre l'élève et le généraliste ou le spécialiste et aider à la mise en place d'un suivi psychologique. L'identification des partenaires potentiels, qu'il s'agisse de professionnels du domaine sanitaire, social ou associatif est fondamentale. La présentation de nos missions s'avère également nécessaire auprès des médecins généralistes, hospitaliers ou spécialistes de la santé mentale (par exemple dans les CMP ou CMPP). Le partage de l'information concernant les adolescents suicidants n'est actuellement pas systématique et soulève parallèlement la question du secret professionnel. Sans déroger à son respect, on peut supposer, qu'avec l'accord du jeune et dans son intérêt, des échanges aient lieu entre le mEN et les différents partenaires concernés. Le mEN est un relais médical possible dans la prise en charge d'un adolescent suicidaire, par exemple en l'orientant vers des interlocuteurs adaptés.

6) Place du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Le CESC a remplacé le Comité d'environnement social existant depuis 1990. C'est un réseau ouvert, passerelle entre l'école et son environnement, qui regroupe autour du chef d'établissement la communauté éducative (personnels, parents d'élèves) et les partenaires extérieurs, acteurs de la vie sociale et du monde associatif. Son but est d'organiser la prévention dans les établissements scolaires. Ces missions, précisées dans la circulaire du 1-7 1998 [2] nous permettent de venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être dont les conduites suicidaires, de renforcer les liens avec les familles et d'assurer le suivi des jeunes à l'intérieur et à l'extérieur de l'école en faisant appel aux compétences de personnels internes et externes à l'établissement. Cet outil, d'une grande souplesse de fonctionnement puisque sa composition, ses objectifs et les moyens qu'il se donne dépendent de la situation locale peut proposer diverses actions de prévention, associant toujours les élèves dans une démarche participative, à la vie de l'établissement. Son action doit s'inscrire dans un projet d'établissement. Dans le lycée étudié, un CESC est actuellement en train de se mettre en place.

B-Perspectives départementales et régionales

S'inscrivant dans la politique régionale de santé, pour laquelle le suicide a été défini comme une priorité, le service de promotion de la santé en faveur des élèves, associé au service social s'est impliqué dans un projet de prévention au niveau départemental. Les axes de travail

concernent à la fois la prévention primaire et la prévention secondaire. Parmi les objectifs, il est retenu de sensibiliser l'ensemble des personnels de l'Education Nationale en élaborant une plaquette établissant les signes avant coureur du suicide, la conduite à tenir et les numéros de téléphone utiles. Le travail de ce mémoire s'inscrit dans cet objectif.

Au niveau régional, la mise en place d'une programmation stratégique des actions de santé (PSAS) doit définir des propositions qui deviendront le programme régional de santé (PRS). Il s'agit d'un projet piloté par la DRASS, permettant une approche globale d'un problème qui repose sur trois secteurs : la prévention, la prise en charge et le suivi (annexe 6). Les deux objectifs généraux sont :

- reconnaître, promouvoir et renforcer les actions permettant de réduire le nombre de tentatives et le nombre de décès par suicide

- contribuer à changer le regard de la société sur l'acte suicidaire.

Le SPSFE participe à l'élaboration des actions de prévention, et y est représentée par le médecin responsable départemental du service.

CONCLUSION

Au travers d'entretiens avec des élèves et des professionnels de l'Education Nationale d'un lycée dans une ville nouvelle, nous avons analysé les différentes approches du suicide et la façon dont ils envisagent la prévention au sein de l'établissement. Les données retrouvées dans notre enquête, tant au niveau des facteurs associés au risque suicidaire que des indicateurs de ce risque sont comparables à ceux de la littérature. Cette enquête montre que l'institution scolaire, lieu de vie des élèves, est un lieu privilégié d'observation des adolescents et par conséquent de prévention du suicide.

Il en résulte que le médecin de l'Education Nationale en tant que conseiller technique et référent santé au sein de l'établissement doit organiser les différents axes nécessaires à la mise place de cette prévention : optimiser le repérage individuel, favoriser la communication entre les différents intervenants auprès de l'adolescent, proposer des réunions d'informations et de formations dont les objectifs diffèrent selon l'auditoire ciblé (enseignants, personnels éducatifs, élèves, parents...). L'ensemble de ces objectifs doivent prendre place à notre avis au sein du volet santé du projet d'établissement.

Le mEN a toute sa place dans l'élaboration d'un réseau autour de l'adolescent, créant le lien indispensable entre l'institution scolaire et l'environnement extérieur. Cependant, le SPSFE doit promouvoir ses missions auprès des personnels éducatifs, des élèves et des partenaires extérieurs au système éducatif pour que le rôle du mEN soit pleinement reconnu.

Cette enquête suggère que la prévention du suicide ne se limite pas au repérage (prévention secondaire) mais pose la question du bien être de l'adolescent (prévention primaire), bien être attendu au sein du lycée. Ceci pose la question de la vocation de l'institution scolaire à l'éducation et non pas seulement à la transmission du savoir.

Circulaires

-1-Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991. Enseignements élémentaire et secondaire. Le BO, 1991, 4 juillet, N° 26.

-2-Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 01-07-1998. Enseignements élémentaire et secondaire. Le BO, 1998, 9 juillet, N° 28, pp 1553-1558.

Ouvrages et articles

-3-Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Service Recommandations professionnelles. Paris, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Novembre 1998.

-4-ANTIPOFF-CATHELINE N., BENHAÏM P., FAYE K. Les nouvelles demandes de l'Education nationale : Faut-il introduire les psychiatres au collège? Comment? Pourquoi? Neuropsychiatr Enfance 1992;40:239-43.

-5-ATGER F., CORCOS M. Facteurs étiopathogéniques in Le suicide de l'adolescent. Impact médecin hebdo, Les dossiers du praticien PPP, 1995, mai, n° 279, pp VI-X

-6-BILLE-BRAHE U., SCHMIDTKE A. Conduites suicidaires des adolescents en Europe in LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C., Adolescence et suicide, Paris, Masson, coll "Médecine et psychothérapie, 1995, pp 18-27.

-7-BOCHEREAU D. Tentatives de suicide à répétition chez l'adolescent. Rev Prat 1998, 48:1431-1434.

-8-BONNET D., CHABROL H., RAYNAUD J-Ph., MORON P. Perception et prévention des comportements suicidaires de l'adolescent : une évaluation en milieu scolaire. Neuropsychiatr Enfance 1994;46:240-48.

-9-CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Paris, La Documentation Française/INSERM, 1994, 346p.

-10-CHOQUET M., LEDOUX S. Le recours aux professionnels de santé à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1998;46:419-26

-11-CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. mt Pédiatrie 1998;1:337-43.

-12-CHOQUET M. La prévention des tentatives de suicide chez les jeunes ; du constat à l'action. Colloque francophone, Amiens, 17-18 mars 1999.

- 13-COEURET-PELLICIER M. Emergence d'une priorité nationale de santé publique. L'exemple du suicide. Actualité et dossier en santé publique, 1998, juin, n°23, pp 2-5
- 14-CORCOS M. Conduites suicidaires et états limites à l'adolescence. Réflexions sur une problématique de filiation. Rev Prat 1998;48:1427-1430
- 15-DAVIDSON F., PHILIPPE A. Suicides et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique. Paris, INSERM/Douin, 1986, 173p.
- 16-DEBOUT M. "Le suicide". Coll. Vivre et comprendre. Paris, Ellipse, 1993.
- 17-DURKHEIM E. Le suicide, étude de sociologie, Réed, Coll Quadrige, Paris, P.U.F, 1990.
- 18-FACY F., JOUGLA E., HATTON F. Epidémiologie du suicide de l'adolescent. Rev Prat 1998;48: 1409-1414
- 19-GASQUET I, CHOQUET M. Spécificité du comportement suicidaire à l'adolescence : implications thérapeutiques in BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R., Adolescents, Adoléscentes : psychopathologie différentielle, Paris, Bayard, 1995, pp 81-91.
- 20-GRANBOULAN V., ALVIN P. Les tentatives de suicide in MICHAUD P.A, ALVIN P., La santé des adolescents : approches, soins, prévention. Payot Lausanne, Douin Paris, Presses de l'Université Montréal, 1997, pp 361-374.
- 21-GRANBOULAN V. Devenir de l'adolescent suicidant. Rev Prat 1998;48:1440-43.
- 22-GRANBOULAN V., RABAIN D., BASQUIN M. Le suicide chez l'adolescent in LE GROUPE DE REFLEXION SUR LA SANTE DES ADOLESCENTS, Tentatives de suicide à l'adolescence, colloque du CID, décembre 1988.
- 23-JANVRIN M.P., ARÈNES J., GUILBERT Ph. Violences, suicides et conduites d'essai. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris, Comité Français d'Education à la Santé, 1998, pp219-244.
- 24-JEAMMET Ph., BIROT E. Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique in LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C., Adolescence et suicide, Paris, Masson, coll "Médecine et psychothérapie, 1995, pp 92-109.
- 25-LAGET J., HALFON O. Problèmes des prises en charge psychologiques et psychiatriques des adolescents scolarisés dans le secondaire. Neuropsychiatr Enfance 1992;40: 222-227.
- 26-LALLEMAND D., FONTAINE N., NOËL G. Les conduites suicidaires des adolescents, des repères pour la prévention à l'école. Repères. Paris, Direction des lycées et

collèges, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et Fondation de France, 1996, 46p.

-27-MARCELLI D. Formation pour une médecine de l'adolescent. Actualité et dossier en santé publique, 1995, mars, pp34-35

-28-MARCELLI D. BRACONNIER A. Les tentatives de suicide in Adolescence et psychopathologie, Paris, Masson, 1995, pp 94-128.

-29-MARCELLI D. Suicide et dépression chez l'adolescent. Rev Prat 1998;48:1419-1423.

-30-MARCELLI D. La dépression dans tous ses états. Du nourrisson à l'adolescent...et après. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 1998;46:489-501.

-31-NIZARD A., BOURGOIN N., de DIVONNE G. Suicide et mal-être social. Populations et sociétés, 1998, avril, n°334, pp 2-9

-32-POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Série Enfances clinique. Paris, Dunod, 1996.

-33-SURAULT P. Variations sur les variations du suicide en France. Population, 1995, juillet-octobre, n° 4-5, pp 983-1012

Filmographie

-34-DESMEUZES M. "Sortie de secours" Paris, Direction des lycées et collèges, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 1994, vidéo.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Mortalité des adolescents en France (Tableau I)
- Annexe 2 : Taux de suicide pour 100 000 habitants en France (Tableau II)
- Pourcentage d'adolescents rapportant des conduites suicidaires (Tableau III)
- Annexe 3 : Consultations des différents acteurs de santé et de l'assistante sociale en fonction des tentatives de suicide (figure 1).
- Annexe 4 : Grille d'entretien avec les adolescents
- Annexe 5 : Grille d'entretien avec les adultes
- Annexe 6 : Prévenir le suicide des jeunes en Haute-Normandie, objectifs du PRS

ANNEXE 1

Tableau I

MORTALITE DES ADOLESCENTS EN FRANCE (1995)

	Sexe masculin			Sexe féminin			Deux sexes		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans
Décès toutes causes									
Effectif	1276	2605	3881	540	903	1443	1816	3508	5324
Taux*	65,1	122,7	95,1	28,8	43,6	36,6	47,4	83,7	66,3
Morts violentes									
Effectif	920	1932	2852	311	539	850	1231	2471	3702
Taux*	47	91	69,9	16,6	26,1	21,5	32,1	59	46,1
dont									
accidents circulation									
Effectif	528	1010	1538	176	286	462	704	1296	2000
Taux*	27	47,6	37,7	9,4	13,8	11,7	18,4	30,9	24,9
Suicides									
Effectif	151	471	622	51	130	181	202	601	803
Taux*	7,7	22,2	15,2	2,7	6,3	4,6	5,3	14,1	10

*Taux pour 100000h de même sexe et âge

D'après Facy F et al, ref [18]

ANNEXE 2

Tableau II

TAUX DE SUICIDE POUR 100 000 HABITANTS EN FRANCE

	Tous âges confondus	15-24 ans	25-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus
Sexe Masculin					
1950-51	26,6	6,5	19,4	49,7	94,5
1973-75	25	11,5	21,8	42	83,5
1982-84	32,6	16,1	34,6	48,1	116,7
1988-90	30,2	14,5	34,6	42,2	109,4
1991-93	30	15,4	36,7	40,8	100,2
1994-96	29,2	14,5	37,1	39,7	91,1
Sexe Féminin					
1950-51	7,1	2,7	5,2	13,9	17,9
1973-75	8,7	4,7	7,8	15,3	19,9
1982-84	11,5	4,9	11,9	19,3	28,9
1988-90	10,8	4,4	10,8	18,7	25,6
1991-93	10,4	4,4	11,2	17,2	25,2
1994-96	9,8	4,3	10,7	16,3	20,9

Source ANAES ref [3]

Tableau III

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS

RAPPORTANT DES CONDUITES SUICIDAIRES EN FRANCE

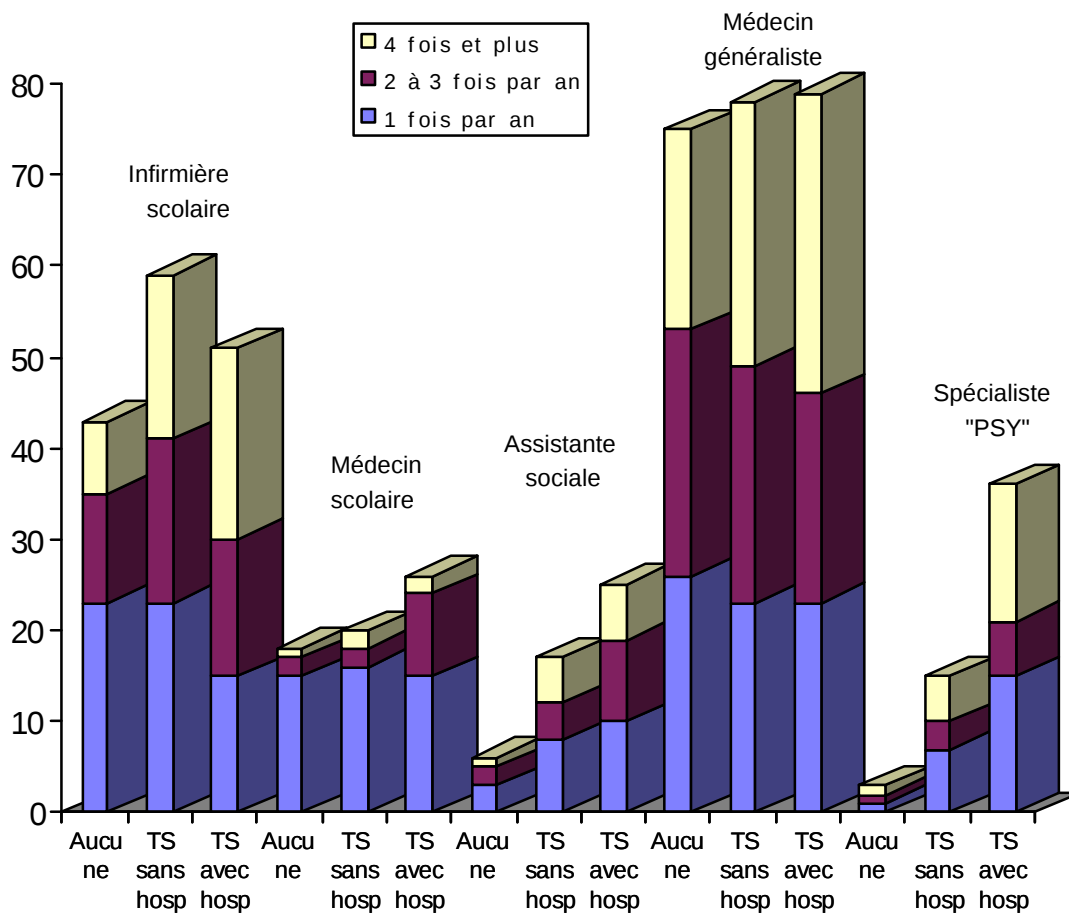
	Garçons				Filles			
	< 13 ans	14-15 ans	16-17 ans	□ 18 ans	< 13 ans	14-15 ans	16-17 ans	□ 18 ans
avec des idées suicidaires	16	17	22	25	16	29	33	36
				p<0,001				p<0,001
Ont fait une TS	6	5	4	5	4	8	9	12
								p<0,001
Rapport idées suicidaire/TS	2,7	3,4	5,5	5,0	4,0	3,6	3,7	3,7

Source Enquête nationale 1994 INSERM, Choquet M, Ledoux S. Ref [8]

ANNEXE 3

Consultations des différents acteurs de santé et de l'assistante sociale en fonction des tentatives de suicide. (en %).

Choquet M. et Ledoux S. Neuropsychiatr, Enfance, Adolesc, 1998;46:419-426.



ANNEXE 4

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES ADOLESCENTS

Dans quelle classe es-tu?

Penses-tu qu'il y ait au lycée des élèves qui ne vont pas bien?

A ton avis, quelles sont les raisons pour lesquelles un jeune ne va pas bien du tout ?

Comment peux-tu voir qu'un adolescent ne va pas bien?

A qui va s'adresser un jeune qui ne vas pas bien?

Connais-tu un ou des jeunes ayant fait une tentative de suicide ou ayant eu envie de le faire?

A ton avis, peux-t'on faire une prévention du suicide dans le lycée?

De quelle façon?

Thèmes abordés : l'avenir, l'échec scolaire, le passage de l'adolescence à l'âge adulte, le rapport avec la famille et les professeurs, le rôle du médecin de l'éducation nationale et de l'infirmière.

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES ADULTES DE L'ETABLISSEMENT

Quelle profession exercez-vous?

Avez-vous déjà été confrontés dans votre pratique professionnelle à des personnes ayant eu recours au suicide ou à une tentative de suicide?

Y-a-t'il une échelle de gravité dans le geste suicidaire?

Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles un adolescent peut tenter de se suicider?

Comment peut-on se rendre compte qu'un adolescent a des idées suicidaires?

A qui va s'adresser un adolescent qui aurait des idées suicidaires?

Pensez-vous que l'on puisse faire une prévention du suicide au sein de l'établissement?

Comment l'envisageriez vous?

Thèmes abordés : Le positionnement du professeur face à l'élève adolescent, la place de l'adolescent au sein de l'institution scolaire, la communication entre collègues, le rôle de la médecine scolaire.