

Ecole Nationale de la Santé Publique

Formation : Médecin de l'Education Nationale

Date du jury : 8 juillet 1999

Prévention du suicide : rôle du médecin de l'Education Nationale pour
l'accompagnement des adolescents en souffrance :
Etude dans un lycée du Nord

Christine TANQUEREY

Merci à tous ceux, de Rennes à Lambersart,
Sans lesquels ce mémoire, n'aurait pu être écrit

**“ A ceux qui n'en sont pas revenus
Du mal de vivre, leur mal de vivre ”**

Barbara

SOMMAIRE

INTRODUCTION.	1
PREMIERE PARTIE : ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LE SUICIDE	3
I/ Epidémiologie	3
1/ Généralités.	3
2/ Notion de facteurs associés.	5
3/ Statistiques du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves	7
II/ Considérations sociales	8
1/ L'importance des liens sociaux	8
2/ La scolarisation facteur de mal-être ?	10
III/ Approche psychologique	12
Les signes d'alerte	12
IV/ Approches biologique et génétique	13
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN	15
I/ Le lycée " Jean PERRIN " de Lambersart	15
1/ Situation géographique et socio-démographique	15
2/ Présentation générale de l'établissement	16
3/ Les outils de fonctionnement	18
II/ Méthodologie et déroulement de l'enquête	19
1/ Objectif de l'enquête	19
2/ Les personnes interrogées	19
a/ les professionnels non enseignants	19
b/ les enseignants	20
c/ les élèves	20
d/ les parents	21
3/ Situation de l'enquêtrice	22
4/ Limites de la méthode	23
a/ Les grilles d'entretien	23
b/ Le choix des enquêtés	24
c/ L'enquêtrice	24
III/ Analyse des résultats de l'enquête réalisée au lycée Jean PERRIN	25
1/ Les causes de mal-être de l'adolescent	25
a/ Problèmes familiaux	25
b/ le lycée cause de mal-être	27
c/ l'absence de cause reconnue	28
d/ La peur de l'avenir.	28
e/ La tentative de suicide : un rite de passage ?	29

f/ Violences subies en dehors du milieu familial.	29
2/ Signes de mal-être chez les adolescents	29
3/ Rôle des professionnels	31
a/ Rôle actuel des professionnels.	31
b/ ‘L’Heure de Blues’	31
 TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS DE TRAVAIL	 35
I/ Améliorer le travail d’équipe	35
1/ “Aller vers...”	35
a/ Aller vers l’équipe de direction	36
b/ Aller vers les enseignants	37
c/ Aller vers les élèves	38
d/ Aller vers les parents	39
2/ Participer aux instances de fonctionnement de l’institution	40
3/ Rencontrer les médecins hospitaliers et les médecins de ville	40
4/ Poursuivre le travail en réseau	41
5/ La formation continue	41
 II/ Evaluation	 42
 CONCLUSION	 44
 TABLEAUX	
 ANNEXES	
 BIBLIOGRAPHIE	

PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES

ATOSSS : agent administratif, technique, ouvrier, de service, de santé et social

CDI : centre de documentation et d'information

CES : contrat emploi solidarité

CMS : centre médico-scolaire

CPE : conseiller principal d'éducation

MEN : médecin de l'Education Nationale

SPSFE : service de promotion de la santé en faveur des élèves

I/ INTRODUCTION

La tentative de suicide et *a fortiori* le suicide d'un adolescent, à l'aube de sa vie, interpelle douloureusement la société. Sa fréquence grandissante au début des années 90 a motivé de nombreuses études et le tabou qui entourait ce grave problème de société semble vouloir tomber.

C'est en 1994 que le *Haut Comité de la Santé Publique* classait le suicide au rang de "priorité nationale"¹. Le suicide est actuellement responsable de 12 000 décès par an², tous âges confondus.

C'est une priorité de Santé Publique dans la région du Nord-Pas-de-Calais, depuis 1998. Dans cette région, il y a eu pour la période 1992-1994 en moyenne par an 71 décès par suicide parmi les jeunes de moins de 25 ans.

Avant d'entrer plus avant dans l'étude de ce problème, il est utile de préciser ce dont on parle. Emile DURKHEIM a défini le suicide comme : " tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. La tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée. "³

Michel DEBOUT rappelle ce que les mots recouvrent :

" La prévention du suicide peut s'appréhender de trois manières différentes :

- Très en amont, elle concerne l'ensemble de la population et porte sur l'environnement éducatif, économique, sanitaire et social. On parle alors de prévention primaire ;

- Toujours en amont, elle s'adresse à des publics spécifiques qui présentent, au vu des études épidémiologiques ou socio-démographiques, des risques suicidaires particuliers. On parle alors de prévention secondaire ;

En aval, après une tentative de suicide, elle vise à prévenir la répétition du geste. Il s'agit alors de ce qu'il est convenu d'appeler la prévention tertiaire "⁴.

¹Haut comité de la Santé publique : *La Santé en France. rapport Général*, Paris, La documentation Française, 1994. Cité par Mireille Coeuret-Pellicier, " Emergence d'une priorité nationale en santé publique, l'exemple du suicide " in *Actualité et dossiers en santé publique*, n°23, juin 1998, pp. 2-5.

² F. Facy, E. Jouglu, F. Hatton " Epidémiologie du suicide de l'adolescent ", *Monographie de La Revue du Praticien*, 1998, vol. 48

³ Emile DURKHEIM, *Le suicide*, p5

⁴ Michel DEBOUT, *Le Suicide*, Journal Officiel N°15 du 30 juillet 1993, p. 63.

Dans notre étude, nous nous intéresserons à la prévention secondaire (éviter le premier passage à l'acte suicidaire) et tertiaire (éviter la récurrence).

La problématique à laquelle est confrontée la communauté scolaire, est de reconnaître les adolescents en souffrance pour leur proposer un accompagnement adapté.

L'objectif de ce mémoire est de rechercher des stratégies d'accompagnement des adolescents en mal-être. Les objectifs spécifiques seront, à travers une enquête de terrain, d'étudier les signes qui permettent de reconnaître qu'un adolescent est en souffrance psychologique ; et de repérer le rôle que peut tenir le médecin de l'Education Nationale dans la reconnaissance et l'accompagnement de ces jeunes.

Ayant fait le point sur l'état actuel des connaissances concernant l'acte suicidaire, nous étudierons auprès de l'équipe éducative et des élèves d'un établissement public de Lambersart (département du Nord), les représentations du mal-être. A partir de la prise en charge mise en place actuellement, nous proposerons quelques adaptations.

PREMIERE PARTIE

ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LE SUICIDE

I/ EPIDEMIOLOGIE⁵

1/ Généralités

Le taux de mortalité des adolescents de 15-24 ans est de 66 pour 100 000, alors qu'il est de 20,5 chez les enfants de 1-14 ans. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation chez les jeunes de 15-24 ans (voir tableau I, à la fin de ce mémoire). La sous-estimation des chiffres serait de 20% environ : le sujet reste tabou, la cause de la mort est donc encore parfois cachée. En 1995, 622 suicides d'adolescents et 181 suicides d'adolescentes ont été déclarés.

La morbidité est importante : le nombre des tentatives de suicide est de 40 000 par an dans cette même tranche d'âge (15-24 ans). Environ 30% des tentatives de suicide ne sont pas suivies d'une hospitalisation.

Dans le département du Nord, la mortalité par suicide est plus importante que celle de l'ensemble de la France. L'indice comparatif de mortalité par suicide pour la période 1988-1992, est de 120 pour les hommes et de 110 pour les femmes tous âges confondus (pour une base de 100 correspondant à la moyenne nationale). Dans l'enquête réalisée par la Fédération des Observatoires de la Santé (Prémutam), portant sur les régions Aquitaine, Bretagne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, la région Nord-Pas-de-Calais enregistre le nombre d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé, soit 13 270 en 1995.

⁵DECLERCQ C. et al. *La Santé des jeunes du Nord-Pas-de-Calais*, Rapport de l'ORS
FACY F. et al. "Epidémiologie du suicide de l'adolescent", in *Monographie de La Revue du Praticien*, N°13, Tome 48, pp. 1 409-1 414.
POMMEREAU X., *L'adolescent suicidaire*, Edition Dunod.
Prémutam, *Prévention des suicides et tentatives de suicide, état des lieux, 1995-1997*.

Selon l'enquête de l'ORS, pour les moins de 25 ans au cours de la période 1992-94, la mortalité est en moyenne de 71 décès par suicide et par an parmi les jeunes de moins de 25 ans (98% parmi les 15-24 ans). Pour la période 1988-1992, la part des suicides par rapport à l'ensemble des décès est de 17,8 chez les jeunes hommes et de 13,2 chez les jeunes femmes de 15-24 ans.⁶ La région du Nord-Pas-de-Calais est une de celle où le problème du suicide est le plus préoccupant, avec la Bretagne.

Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins. 98% de ces décès concernent les 15-24 ans. La mortalité par suicide représente 18% des décès masculins et 13% des décès féminins, pour la classe d'âge 15-24 ans.

La part des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès de cette tranche d'âge, a tendance à augmenter, passant de 14% en 1981-83 à 19,5% en 1992-94. Il en est de même pour le taux de mortalité par suicide sur la même période. Pour les hommes il est passé de 14 pour 100 000 habitants en 1981-83 à 16 pour 10 000 habitants en 1992-94. Chez les femmes il était à 4 pour 100 000 habitantes en 1981-83 et atteint 5 pour 100 000 en 1992-94.

Le problème de Santé Publique posé par les tentatives de suicide n'est pas seulement celui de la morbidité de l'acte, mais également celui du devenir. La gravité du pronostic démontre s'il est besoin, qu'il ne s'agit pas d'une manifestation bénigne de la crise d'adolescence⁷. Selon le recul des études, le risque de récurrence varie entre 10 et 40% (plus le recul de l'étude est important, plus le chiffre augmente). L'étude du devenir à long terme des suicidants est difficile en France, pour des raisons administratives qui rendent le nombre des perdus de vue trop important. Toutefois, des études réalisées dans des pays occidentaux proches de la France quant aux chiffres (Suède, Canada), montrent que la mortalité prématurée de ces futurs adultes est beaucoup plus importante, soit par suicide soit par mort violente (homicide, noyade, accident, overdose). Ils ont plus souvent des troubles psychoaffectifs, des condamnations en justice, et des arrêts maladie pour raison psychique ou somatique.

⁶ Prémutam : *Prévention des suicides et tentatives de suicide*

⁷ GRANBOULAN Virginie, "Devenir de l'adolescent suicidant", in Monographie de *La Revue du Praticien*, pp. 1 440-1 443.

La gravité somatique d'une tentative de suicide n'est pas corrélée au risque de récurrence, seule l'évaluation psychologique a une valeur prédictive fiable sur le devenir. Il est donc indispensable d'hospitaliser toute personne ayant fait une tentative de suicide, même si le pronostic vital n'est pas en jeu, et d'instaurer une prise en charge psychologique.

2/ Notion de facteurs associés⁸

Le terme de facteurs de risque est abandonné au profit de celui de facteurs associés (Marie CHOQUET, colloque francophone d'Amiens, mars 1999). En effet, il est impossible de prédire avec précision qui fera ou ne fera pas une tentative de suicide. Toutefois, certains éléments se retrouvent dans les habitudes de vie ou l'anamnèse (voir plus loin également les considérations psychologiques).

Au cours de son enquête de 1994, Marie CHOQUET retrouvait 7,3% de jeunes entre 11 et 19 ans ayant une symptomatologie dépressive selon l'échelle de Kandel⁹. Si 76,6% ne pensent jamais au suicide, 23,4% ont des idées suicidaires et 9% y pensent fréquemment. **6,5% ont déjà fait une tentative de suicide.** Le geste suicidaire est plus fréquent parmi les filles (8%) que parmi les garçons (5%). Mais les garçons sont plus souvent hospitalisés (24% versus 18%). Il y a un lien entre idées suicidaires et passage à l'acte.

Parmi ceux qui au moment de l'enquête n'ont pas d'idées suicidaires, 1% a déjà fait une tentative de suicide. Ils sont 14% parmi ceux qui y pensent rarement, et 41% parmi ceux qui y

⁸CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, *Enquête Inserm 1994*

⁹Le score est calculé en sommant les points (de 0 à 2 selon l'intensité), pour chacun des items :

- troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes)
- inquiet
- nerveux
- manque d'énergie
- se sent déprimé
- est désespéré en pensant à l'avenir

Interprétation

- pas de signe dépressif : score de 0 à 4
- peu de signe dépressif : score de 5 à 7
- signes dépressifs : score de 8 à 10
- symptomatologie dépressive : score 11 et 12.

pensent souvent. Parmi les primo-suicidants, 49% ont des idées suicidaires, ils sont 82% parmi les récidivistes.

L'écart observé entre les sexes s'installe durant l'adolescence. A 11-13 ans garçons et filles ont également des idées suicidaires et des passages à l'acte. Après cet âge, il y a une augmentation nette des idées et des passages à l'acte chez les filles, alors que le phénomène reste stable chez les garçons.

Au cours de l'enquête "Baromètre Santé Jeune 97 - 98", parmi les jeunes de 15-19 ans, 10,5% ont pensé au suicide, 2,1% des adolescents et 5,4% des adolescentes (3,7% au total) déclarent avoir fait une tentative de suicide. Parmi ceux qui ont des idées suicidaires, 70,3% ont fait une tentative de suicide, 19,7% en ont fait deux, 10% en ont fait trois ou plus.

Les jeunes qui ont déjà fait une tentative de suicide ont des difficultés multiples. Ils relatent plus de plaintes somatiques : 42% des primo-suicidants et 46% des récidivistes cumulent au moins trois plaintes somatiques contre 18% parmi les non suicidants. Ils sont plus dépressifs que les autres 23% des primo-suicidants et 35 % des récidivistes ont la note la plus élevée (11-12) sur l'échelle de Kandel contre 6% des non suicidants. Ils consomment plus d'alcool : 22% des primo-suicidants, 38% des récidivistes, versus 13% des autres. Ils consomment plus de drogues illicites : 15% des suicidants primaires et 32% des récidivistes, contre 4% des non suicidants ont pris au moins 10 fois une drogue illicite. 41% des primo-suicidants et 60% des récidivistes manifestent souvent des comportements violents contre 19% des non suicidants.

Les adolescents qui pensent souvent au suicide sans avoir eu de passage à l'acte par le passé, ont un niveau de difficultés comparable à celui des suicidants primaires. 43% cumulent au moins trois plaintes somatiques, 29% ont la note la plus élevée au score de Kandel, 20% ont une consommation régulière d'alcool, 24% fument quotidiennement et 9% ont pris au moins dix fois des drogues illicites. 36% ont des comportements violents.

L'“ autopsie psychologique ” de 53 suicides d'adolescents entre 13 et 19 ans a montré que 94% avaient un trouble mental, dont 51% une dépression, 26 % un alcoolisme, 21% des troubles de l'adaptation. Un sur 3 présentait des troubles de la personnalité¹⁰.

3/ Statistiques du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves :

Le SPSFE¹¹ fait chaque année un relevé statistique par bassin géographique des motifs d'examens à la demande. le Lycée Jean PERRIN est sur le bassin de Lille-Lomme.

L'apparente faiblesse des chiffres (voir tableau II et III à la fin de ce mémoire) est sans doute liée à deux phénomènes : les adolescents présentant un risque suicidaire peuvent avoir été vus également pour un autre motif (prise de toxique, absentéisme etc. ...). D'autre part, de nombreux adolescents en souffrance psychologique ne rencontrent que les infirmières. Ayant un temps de présence programmé et beaucoup plus long dans les établissements, les infirmières peuvent plus facilement répondre à la demande d'aide des adolescents et les adresser aux personnes-ressource. En effet, comme l'a confirmé l'enquête de terrain, cette demande est souvent impulsive, incompatible avec le différé d'un rendez-vous : il faut être disponible au moment où le jeune se sent prêt à verbaliser son mal-être.

L'association idées suicidaires, alcool, drogue et violence (subie dans l'enfance, ou agie) dessine donc un ensemble de facteurs associés aux tentatives de suicide. Ils doivent mettre en alerte sur un adolescent en particulier, en sachant qu'il est impossible d'être totalement prédictif.

Même si le risque vital est minime, toute personne ayant fait une tentative de suicide doit être hospitalisée afin de montrer que l'on donne du sens à son geste. Elle doit pouvoir bénéficier d'une évaluation psychologique avec proposition d'un suivi adapté.

¹⁰Daniel MARCELLI : “ Suicide et dépression chez l'adolescent ” in *Monographie de La Revue du Praticien*, volume 48, N°13, p. 1 420

¹¹SPSFE : Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

II/ CONSIDERATIONS SOCIALES

1/ l'importance des liens sociaux

C'est Emile DURKHEIM, qui, le premier, a démontré que le suicide n'était pas seulement un acte individuel, mais qu'il y avait également une dimension sociale : « Chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires »¹². Le taux de suicide est en effet prévisible, d'une année sur l'autre, mais du point de vue individuel, il est bien sûr impossible de déterminer avec certitude qui passera à l'acte. Les liens sociaux et familiaux sont des facteurs plutôt "protecteurs" contre le suicide.

Cette notion reste d'actualité, comme le démontre Pierre SURAULT¹³. La mortalité par suicide augmente de 1977 aux années 1985-86. Puis apparaît une baisse qui selon lui a deux types d'explications : « un renforcement de la cohésion sociale basé notamment sur le soutien de la parenté et la reconstitution des réseaux sociaux, d'une part, une adaptation "médicalisée", d'autre part. Ces deux explications sont sans doute plus complémentaires qu'exclusives et renvoient à la dimension plurifactorielle du suicide, le phénomène suicidaire se situant "aux carrefours du sociologique et du psychologique" ». Pour Pierre SURAULT, « la famille, en tant que valeur, s'est renforcée dans les années 1980, comme le démontrent les enquêtes d'opinion », par ailleurs il y a une « fréquence accrue de l'adhésion à une association, principalement sportive ».

Pierre SURAULT souligne qu'« à 15-24 ans, en 1990, la mortalité par suicide chez les hommes (14 pour 10 000) était plus de deux fois inférieure à celle des 24-34 ans (30,7) plus de six fois à celle des 75-84 ans (90,7) et plus de dix fois à celle des 85 ans et plus (152,3), les rapports étant du même ordre chez les femmes ». Le suicide de l'adolescent a une résonance particulière pour la société, puisque ces décès sont beaucoup plus médiatisés que ceux des anciens.

¹²Emile DURKHEIM, *Le suicide*, Paris, PUF 1981

¹³Pierre SURAULT " variations sur les variations du suicide en France " in *Population* N° 4-5 Juillet/octobre 1995

Par son geste, l'adolescent pointe l'incapacité de la société à lui offrir une vie qu'il jugerait "vivable". « Le suicide d'adolescent se veut être avant tout une protestation contre le groupe et ses valeurs »¹⁴.

Pour Louis Vincent THOMAS, « Il n'y a jamais deux suicides identiques (à la limite le mot suicide au singulier doit être proscrit), en revanche la société se sent toujours concernée comme agent provocateur, comme victime, comme déclencheur de stratégie de riposte »¹⁵

« Le suicide de l'adolescent [...] est moins disparition du moi physique que disparition du moi social, moins agression contre soi que réaction de négation à l'endroit du groupe. [...] Il ne sert à rien d'accumuler les chiffres [...] pour montrer combien jeunes et vieux souffrent tout particulièrement des conditions de vie que la société leur propose : indifférence et solitude, incompréhension, valeurs sociétales inappropriées »¹⁶

Pour David LE BRETON: « La crise d'adolescence marque traditionnellement l'impact individuel du heurt entre les potentialités et les désirs du jeune et le chemin plus étroit que la société lui propose de parcourir. [...] La notion de "crise" rapportée à l'adolescence marque essentiellement le contraste entre les aspirations du jeune et les possibilités de réalisations offertes par la société où il vit »¹⁷.

Enfin, la tentative de suicide semble devenir une forme de "rite de passage" pour certains adolescents. « Le rite de passage, le rituel d'individuation que nombre d'auteurs entrevoient dans les conduites suicidaires (en référence à la perte des rites traditionnels dans nos sociétés évoluées) apparaît être marqué par l'exclusion par l'adolescent d'une "part de l'autre en soi", une part inintégrable à sa construction identitaire »¹⁸.

¹⁴ Louis Vincent THOMAS " le point de vue d'un thanatologue ", *La Revue AGORA : Ethique Médecine Société* 1990/06 N:14-15, pp. 11-20

¹⁵ " le point de vue d'un thanatologue " id.

¹⁶ " le point de vue d'un thanatologue " ibid.

¹⁷ David LE BRETON " fabrication individuelle de sens et jeux avec la mort : les jeunes générations ", *Revue internationale d'action communautaire*

¹⁸ Maurice CORCOS, " conduites suicidaires et états limites à l'adolescence ", in *monographie de La Revue du Praticien*, Volume 48, N° 13, P. 1 429

2/ La scolarisation facteur de mal-être ?

L'objectif d'amener 80% d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat est inscrit dans la "loi d'orientation sur l'enseignement" de 1989. L'objectif louable de favoriser l'accès au secondaire pour une grande majorité d'élèves a provoqué une modification de la population lycéenne. « Depuis une dizaine d'années, apparaît une nouvelle population lycéenne.

De la même manière que les collèges ont accueilli une "vague" d'élèves nouveaux au milieu des années 70, les lycées voient arriver des adolescents qui ne correspondent plus au profil traditionnel d'un élève préalablement et sévèrement sélectionné. »¹⁹

François Dubet met en lumière le revers de la médaille : « Dans un système désormais ouvert à tous, mais dont les principes de sélection sont devenus moins évidents, ce qui était vécu comme un destin social est maintenant intériorisé comme un échec personnel »²⁰.

La mal-être des adolescents au lycée a été peu étudié en tant que tel. Par contre de nombreux écrits sont publiés sur le problème de la violence en milieu scolaire. Les études sur ce sujet peuvent donner un éclairage intéressant sur le mal-être des adolescents : le suicide n'est-il pas la forme ultime de l'auto-agressivité?

La violence subie par les élèves se conjugue sous différentes formes²¹ :

- La violence institutionnelle avec un cadre de vie qui peut être triste et délabré, de grands établissements parfois surpeuplés.
- Le système d'orientation qui n'est pas toujours adapté, avec une sélection rapide, des filières défavorisées imposées non à partir des potentiels mais des échecs. Le système est construit de telle façon, que l'on pointe toujours l'échec et les insuffisances de l'élève, et non ses potentiels.
- Le règlement interne peut-être vécu comme incohérent et non respecté par les adultes avec un fort sentiment d'injustice (retard, tabac, violence...).

¹⁹ François DUBET *Les lycéens*, p. 113.

²⁰ Marlaine CACAULT & Françoise OEUVRARD *Sociologie de l'éducation*, p. 14

²¹ J. GANTY "Violence scolaire : délinquance en milieu scolaire et/ou sociopathie institutionnelle", in *L'observatoire - violence scolaire*, 1993, N°6, p. 27

- L'élève est-il toujours au centre des préoccupations? : emploi du temps adapté aux rythmes de vie des élèves ou à ceux des professeurs? La finalité des programmes et de la pédagogie, sont-ils bien expliqués aux jeunes?

Au sein même de l'enseignement, les punitions injustes, les appréciations blessantes et dévalorisantes atteignant la personne et pas seulement le travail ("vous êtes nuls"), sont des formes de violence.

La violence de l'institution scolaire s'exprime dans l'exigence faite aux élèves de soumission totale aux valeurs scolaires : obéissance, travail, compétition²². Selon la théorie d'Henri LABORIT²³, dans une structure psychosociale hostile, la réponse est : se soumettre, fuir ou lutter. Jacques PAIN conclut : « Fuir peut-être : se taire, rêver, arrêter sa pensée ou pire, instrumentaliser la fuite par une "drogue". Lutter c'est pouvoir s'opposer, contester ou se battre, plus ou moins civilement. [...] La "bonne" institution est celle qui permet le jeu et en installe les bornes, contrôlant au mieux l'expression agressive. [...] "L'agir" vient d'une parole globalement empêchée. »²⁴

L'adolescence est le moment où le jeune doit confronter, ses aspirations à celles que lui propose la société. Le système scolaire peut parfois contribuer à accentuer son malaise en lui donnant une image de lui-même basée sur ses échecs et non sur ses potentiels. L'échec scolaire peut être vécu comme celui d'une personne et non plus comme une fatalité sociale.

²² P. FERREIRA-MARUM " L'école mère nourricière ou machine à gaver ", in *L'observatoire - violence scolaire*, 1993, N°6, P. 34-35

²³ Cité par J. PAIN " Les violences en milieu scolaire, du concept à la prévention ", *les cahiers de la sécurité intérieure*, 1994, N°15.

²⁴ id., page 39.

III/ APPROCHES PSYCHOLOGIQUE

Deux positions se sont affrontées dans le monde médical concernant les tentatives de suicide des jeunes. « Pour les uns la tentative suicidaire [s'inscrit] très rarement dans une pathologie psychotique, il faut la comprendre comme une manifestation plutôt bénigne de la crise d'adolescence, liée aux bouleversements psychiques de cette période, et il ne faut pas psychiatriser à outrance. Pour d'autres, la rareté de la pathologie sous-jacente ne saurait faire méconnaître la fréquence de pathologies psychiques d'un autre ordre mais sérieuses, avant tout la dépression et les troubles de personnalité. Dans cette deuxième conception, la tentative de suicide est bien liée aux remaniements psychologiques de l'adolescence, mais elle en signe l'échec, ce qui peut obérer gravement le développement de ce futur adulte. Le risque n'est pas alors la psychiatrisation mais au contraire la banalisation et la méconnaissance. »²⁵

Il existe pendant l'adolescence, une ambiance anxio-dépressive. Selon X. POMMEREAU, l'anxiété est une source d'énergie, qui permet de mieux affronter les difficultés d'une situation nouvelle. A l'adolescence, les questions de l'identité et du devenir, exacerbent les manifestations anxieuses. 70% des adolescents suicidaires sont indemnes de troubles mentaux avérés, mais présentent une souffrance psychique grave qui nécessite une aide. Le risque de récurrence est important, celui d'un suicide abouti également. Pour lui, la tentative de suicide est plus le désir de mettre fin à "cette vie-là" qu'un réel désir de mort. L'adolescent est dans l'agir, et pour fuir un vécu douloureux, il attend à sa vie.

Les adolescents dépressifs présentent souvent un tableau clinique différent de celui de l'adulte. L'inhibition psychomotrice est rare, laissant plutôt la place à une anxiété importante et une propension à l'agir. Les phases de prostration peuvent alterner avec des phases de violence répétées ou de comportements rebelles.

Les signes d'alerte²⁶

Tout adulte vivant dans l'entourage d'un adolescent (parents, enseignants, équipes médico-sociale et éducative...) doit être mis en alerte par une modification de son comportement.

²⁵Virginie GRANBOULAN : " Devenir de l'adolescent suicidant ", in *Monographie de La Revue du Praticien*, Volume 48, N°13, p 1 440.

²⁶ " Repères : les conduites suicidaires des adolescents " page 31

Il ne faut jamais minimiser les appels à l'aide et considérer que "ce n'est pas celui qui en parle qui se suicide". Lorsqu'ils se cumulent et s'accroissent, certains signes doivent impérativement être pris au sérieux : messages verbaux directs ("je serais mieux mort"), ou indirect ("vous seriez mieux sans moi"), modifications du comportement (alternance agitation/isolement, absentéisme scolaire, retards, fugues, dons d'objets personnels, consommation de toxiques licites ou illicites, tristesse, manque d'énergie, laisser-aller, violence, désinvestissement ou surinvestissement scolaire, troubles du sommeil, troubles alimentaires, somatisations, etc. ...).

La dépression chez le jeune s'exprime rarement par une inhibition psychomotrice, mais plutôt par des phases de prostration alternant avec des épisodes de violence trompeurs. Une tentative de suicide chez un adolescent est rarement le signe d'une psychose sous-jacente, mais elle témoigne tout de même d'un trouble de la personnalité et d'une souffrance psychique qui doivent être pris en compte. Toute personne ayant fait une tentative de suicide doit être hospitalisée, même si le pronostic vital n'est pas mis en jeu, pour que soit proposée une prise en charge adaptée.

IV/ APPROCHE BIOLOGIQUE ET GENETIQUE

Pour mémoire, de récentes recherches ont mis en évidence le rôle du système sérotoninergique dans le suicide, les tentatives de suicide et les comportements violents. Des taux bas d'acide 5-hydroxy-indole-acétique (5-HIAA) ont été retrouvés dans le liquide céphalo-rachidien de certains patients. Ce taux serait génétiquement déterminé.²⁷

²⁷ Monographie de *la Revue du Praticien*, volume 48, n°13

Conclusion :

La tentative de suicide est multifactorielle, il est indéniable qu'existe un fait social que l'on retrouve dans l'ensemble des pays occidentaux et qui interroge la société. Si l'on peut déterminer des groupes à risque, le geste en soi reste éminemment personnel, lié à une histoire particulière et témoignant du mystère de l'individu face à son propre devenir.

Après ce rapide tour d'horizon des connaissances actuelles sur le suicide et les tentatives de suicide, une enquête de terrain va permettre de mieux appréhender le mal-être des adolescents, et de proposer quelques adaptations à la prise en charge actuellement en place.

DEUXIEME PARTIE

ENQUETE DE TERRAIN

I/ LE LYCEE JEAN PERRIN DE LAMBERSART

1/ Situation géographique et socio-démographique:

Le choix s'est porté sur l'établissement Jean PERRIN, seul lycée public de la commune de Lambersart, lieu de stage. Dans le département du Nord, de nombreux enfants sont scolarisés en établissements privés, souvent d'obédience catholique. La prise en charge pouvant aller jusqu'à l'université (Université Catholique de Lille). Pour l'ensemble de la scolarité, 26% des élèves sont scolarisés en établissements privés (395 641 élèves en secteur public et 138 743 en privé), au lycée la proportion est sensiblement la même: 26 614 élèves en établissements privés soit 29%, et 64 634 en établissements publics²⁸.

La commune de Lambersart est située dans la banlieue nord-ouest de Lille, (département du NORD), desservie par le métropolitain (voir plan, annexe I). Lambersart appartient à une grande métropole de 1,2 million d'habitants. La commune en elle-même compte 28 500 habitants²⁹, dont 43% de population active. Un habitant sur trois a moins de 20 ans. La population est socialement plutôt favorisée. 60% des logements sont des maisons individuelles³⁰. Les enfants d'âge scolaire sont accueillis dans 6 écoles maternelles, 8 écoles primaires, 2 collèges et un lycée publics d'une part; 5 écoles maternelles et primaires, 2 collèges et 2 lycées professionnels privés d'autre part.

²⁸Chiffres du SPSFE, 1999

²⁹ Recensement INSEE 1990

2/ Présentation générale de l'établissement

Le lycée Jean PERRIN est un lycée polyvalent : enseignement général et technologique. L'enseignement technologique dispensé dans l'établissement est celui de la filière "STT" : "Sciences et Techniques du Tertiaire". Par ailleurs, le lycée propose une filière BTS en comptabilité et en Action Commerciale. Les jeunes qui y sont inscrits, ont le statut d'étudiant.

Les élèves viennent d'une dizaine de collèges situés dans la banlieue nord-ouest de Lille, plus de la moitié d'entre eux prennent les transports en communs. Un tiers des élèves est boursier. La population, socialement plutôt favorisée, tend à devenir plus hétérogène depuis le milieu des années 90³¹.

Le lycée, construit en 1962, a fait l'objet de travaux de réaménagement, en particulier construction d'un gymnase en 1970, de salles scientifiques en 1987. Les salles de cours sont réparties sur deux bâtiments, l'un d'eux abritent également l'internat de la section sport-étude (foot ball et canoë-kayak), et l'infirmerie.

Du fait de l'existence d'un internat, l'infirmière de l'établissement est présente tous les jours de 7 heures 30 à 12 heures, du lundi au samedi, de 13 heures à 16 heures 30 les mardis et jeudis, et tous les soirs de 20 heures à 21 heures du lundi au vendredi.

Le médecin de l'Education Nationale est présent une demi-journée par semaine de septembre à janvier, puis une demi-journée une à deux fois par mois .

La proviseur et la proviseur-adjoint assurent la direction administrative de l'établissement, aidées d'une intendante. L'enseignement est assuré par une équipe de 94 professeurs, pour la plupart titulaires, 22 agrégés et 72 certifiés.

³⁰Documents fournis par le service information-communication de la commune

³¹Eléments fournis par le rapport d'audit de janvier 1994, réalisé par M. COLLET (IPR-IA); J.J. FRANÇOIS (chef de division - IA 62), G. MARIEAU (Proviseur du lycée "B. Pascal" de Longuenesse) et A. VARINARD (Recteur)

Trois Conseillers Principaux d'Education (CPE) suivent avec grande attention la scolarité des élèves. Chaque CPE a en charge un niveau (les élèves en BTS, sont rattachés au même CPE que les élèves de seconde). Chaque année les CPE ont en charge la formation des délégués de classe.

Il n'y a pas d'assistante sociale.

Deux conseillères d'orientation sont présentes en alternance, 4 demi-journées par semaine. Un Centre de Documentation et d'Information (CDI) est ouvert aux élèves, lieu très convivial où deux documentalistes peuvent aider les jeunes dans leurs recherches. Des ordinateurs avec accès à internet sont à leur disposition.

Lors de l'enquête, 40 élèves étaient internes. L'effectif total du lycée était de 1185 élèves répartis comme suit (voir tableau IV, à la fin de ce mémoire):

- 402 élèves en 12 classes de secondes. Si l'on excepte la classe "Réussir au collège" (2nde 7), la moyenne est de 34,3 élèves par classe.

- 329 élèves en première, répartis en 3 premières "Economique et Social" (en moyenne 31,3 élèves par classe), deux premières "Littéraire" (en moyenne 21 élèves par classe), 4 premières "Scientifique" (en moyenne 31 élèves par classe) et 2 premières "Sciences et Techniques du Tertiaire" (en moyenne 34,5 élèves par classe).

- 374 élèves en terminale, répartis en 3 classes "Economique et Social" (en moyenne 32,65 élèves par classe), une classe de terminale "Littéraire" (32 élèves), 4 classes "Scientifique" (en moyenne 35,75 élèves par classe), et 3 terminales "Sciences et Techniques du Tertiaire" (en moyenne 33,65 élèves par classe)

- 80 élèves en BTS.

Un réfectoire est ouvert pour les trois repas de la journée et le goûter en raison de la présence d'un internat sport-étude.

Les élèves ont accès à une salle de permanence. Une salle de détente leur est ouverte à certaines heures, un élève étant responsable de la restitution des clés.

Les délégués ont une salle qui leur est réservée, utilisée également pour les clubs ou pour des réunions (conseils de classe, conseil de vie lycéenne etc.).

Réseau “Réussite au lycée” : Certains élèves, redoublant la seconde, bénéficient d’une prise en charge particulière (Seconde 7) : Ils sont en petit effectif (25), l’équipe de professeurs, tous volontaires, participent à un programme de “Formation-Action” et de “Recherche-Action”. Chaque élève est plus particulièrement suivi par un professeur “tuteur”. Les enseignants se réunissent régulièrement pour aborder les difficultés rencontrées par la classe dans son ensemble ou par quelques élèves en particulier. Il y a une réunion avant le conseil de classe, et autant que nécessaire, soit de façon informelle à la pause café, soit de façon formelle en cas de problèmes plus importants. Un professeur est chargé de coordonner l’équipe. Le projet a été mis en place à la rentrée de septembre 1995. L’évaluation semble positive.

Le Projet d’Etablissement date de 1990.

3/ Les outils de fonctionnement :

Comme tous les établissements, le lycée Jean PERRIN s’organise autour de différentes instances :

- Conseil d’Administration
- Conseil des Délégués
- Conseils de Classe
- Conseil de la Vie Scolaire : instance qui précède un passage en Conseil de Discipline.
- Conseil de Discipline.
- Fond Social Lycéen
- Conseil de Vie Lycéenne

Réunion de Direction le lundi matin à laquelle participent : la proviseur et la proviseur-adjoint, les trois CPE et l’intendante. Les problèmes quotidiens et les stratégies à mettre en œuvre y sont abordés, afin d’harmoniser l’attitude de chacun.

Cette réunion est d’autant plus importante, qu’en raison des horaires de permanence à l’internat, effectués par les CPE, ils ne peuvent être présents tous les jours pendant les heures de cours. Il est donc nécessaire que chacun soit informé des difficultés présentées par tel ou tel élève.

Le Comité d’Education à la Santé et à la Citoyenneté est en gestation.

II/ METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE³²

L'enquête s'est déroulée dans l'établissement, entre le 27 février et le 3 avril 1999. Seul le médecin de l'Education Nationale a été rencontré au Centre Médico-Scolaire de Lambersart. Il s'agissait uniquement d'entretiens semi-directifs (voir en annexe II à V les grilles d'entretien et d'analyse). Chacun était assuré de l'anonymat lors de l'utilisation des entretiens pour l'analyse.

Je me suis intéressée aux élèves d'un lycée, sans tenir compte de l'âge précis : le fait d'être au lycée implique que l'âge soit compris entre 15 et 24 ans (à quelques rares exceptions près : quelques jeunes en début d'année scolaire peuvent ne pas avoir atteint l'âge de 15 ans). Cette fourchette d'âge est habituellement admise pour parler des "jeunes" ou des "adolescents" dans les données statistiques.

1/ Objectif de l'enquête :

L'enquête avait pour objectif de mieux cerner les signes et les causes de mal-être chez les adolescents, afin de mieux reconnaître leur souffrance, pour proposer un accompagnement adapté.

2/ Personnes interrogées

a/ Les professionnels non enseignants :

Ils étaient rencontrés dans leurs bureaux ou sur leurs lieux de travail (personnel de service) :

- La proviseur
- Le médecin de l'Education Nationale (mEN)
- L'infirmière
- Les trois conseillers principaux d'éducation (CPE)
- Une conseillère d'orientation
- Deux maîtres d'internat
- Un surveillant ("emploi jeune")

³²“ L'enquête et ses méthodes : le questionnaire ”, François de SINGLY, Nathan Université, collection 128

- Les deux documentalistes
- Deux femmes de service (Personnel ATOSSS et CES³³)

Soit neuf femmes et cinq hommes.

Les deux maîtres d'internat et les deux femmes de service ont été vus en duo, tous les autres ont été rencontrés en individuel. Les entretiens duraient entre 20 minutes et 2 heures 30. Le plus souvent environ une heure, sur rendez-vous.

b/ Les Enseignants :

A l'exception d'un professeur rencontré à sa demande dans le bureau du mEN, situé à l'infirmerie du lycée, tous les enseignants ont été rencontrés dans la salle des professeurs ou dans les salons fumeurs/non-fumeurs attenants. Les professeurs d'Education Physique et Sportive (EPS) ont été rencontrés dans leur bureau, au gymnase. Ont accepté de participer à l'enquête :

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| - Un professeur de mathématiques | - Un professeur d'allemand |
| - Un professeur de philosophie | - Deux professeurs d'anglais |
| - Deux professeurs d'EPS | - Trois professeurs de français |

soit cinq femmes et cinq hommes.

Les entretiens duraient entre 25 minutes et 1 heure 15, le plus souvent une heure, sur rendez-vous.

c/ Les élèves :

Neuf élèves ont été rencontrés : trois de terminale, trois de première et trois de seconde. Parmi eux : un seul garçon. Ils étaient âgés de 15 à 20 ans. Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 1 heure 10, le plus souvent 45 minutes.

Dans un premier temps, j'ai envisagé de rencontrer les élèves en salle de permanence, ou dans la salle de détente. Mais il s'est avéré que les élèves rencontrés ainsi ne souhaitent pas parler avec moi du mal-être des adolescents. Les réponses étaient « je ne connais pas d'adolescents

“ L'enquête et ses méthodes : l'entretien ”, Alain BLANCHET et Anne GOTMAN, Nathan université, collection 128

³³ ATOSSS : Agent Technique, Ouvriers, de Service, de Santé et Social

qui vont mal », « moi, je vais bien, je n'ai pas de problèmes ». Dans un second temps, j'ai demandé aux élèves attendant de voir l'infirmière s'ils acceptaient de s'entretenir du sujet avec moi. A nouveau les réponses étaient soit négatives d'emblée, soit polies mais extrêmement brèves, se prêtant mal à une analyse de contenu. L'infirmière proposa donc de demander aux élèves qu'elles savaient être eux-mêmes en difficulté, de venir me parler. Parallèlement, un CPE demanda à quelques délégués de classe s'ils acceptaient de me rencontrer, en leur expliquant le but de ces rencontres : 3 ont accepté. Il s'est avéré par la suite que les trois avaient elles-mêmes fait des tentatives de suicide.

Deux déléguées de première et deux élèves de première, rencontrées à l'infirmerie, ont été vues en duo. Les autres ont été rencontrés en entretiens individuels. Les déléguées étaient venues sur rendez-vous, les autres me rencontraient après leur passage à l'infirmerie.

Les entretiens avaient lieu dans le bureau du mEN à l'infirmerie, j'étais donc toujours identifiée comme mEN par les élèves. Trois entretiens n'ont pas été retenus pour l'analyse (Un garçon et deux filles). Pour deux d'entre eux il y avait une pathologie psychiatrique connue sous-jacente, la troisième ayant fait une récente tentative de suicide par phlébotomie. Dans les trois cas, il était impossible de rester dans le cadre d'un entretien semi-directif, le problème psychologique nécessitant une intervention me resituant dans le registre professionnel de mEN. L'entretien n'entrait plus dans le cadre général des difficultés de l'adolescent, mais dans celui du problème d'un adolescent.

d/ Les parents

La nécessité de travailler avec les familles est une évidence. Toutefois, il n'a pas été facile dans le cadre de l'enquête de pouvoir rencontrer les parents. Deux tentatives se sont soldées par deux échecs : Entretien avec un père délégué au conseil de classe avant le début de celui-ci ; rencontre avec des parents lors d'une réunion parents-professeurs. Dans les deux cas, la méthode s'est révélée très maladroite. Les parents n'étaient pas dans un état d'esprit disponible pour s'entretenir sur le problème du mal-être.

Par ailleurs ils avaient surtout beaucoup d'interrogations sur les missions des mEN dans les collèges et les lycées, ce qui laissait peu de place à une discussion autour du mal-être.

Enfin, la méthode choisie (entretien dans le couloir pendant les moments d'attente) ne permettait pas de confidentialité et les entretiens ont donc été rapidement interrompus. Seuls 4 parents, (un père et deux mères d'élèves de seconde, et un père d'élève de terminale) ont été rencontrés. Les entretiens ont duré environ un quart d'heure, les quatre personnes étant vues ensemble. La décision de les arrêter a fait suite à une remarque d'un père dont la fille est anorexique : « vous voulez nous faire peur avec vos questions? ». Tout comme avec les adolescents, le fait de ne pas pouvoir proposer un suivi a fait cesser ces entretiens après la deuxième question de la grille (« A quoi voit-on qu'un adolescent ne va pas bien? »).

3/ Situation de l'enquêtrice :

Je me présentais comme mEN-stagiaire, avec quelques mots sur la formation reçue à l'Ecole Nationale de Santé Publique, et le travail de Mémoire Professionnel demandé. Toutefois, il y eut de la part des adultes, de nombreuses questions en fin d'entretien « Vous faites votre thèse? », « Vous êtes psychologue scolaire? », « Vous êtes infirmière? ». Il semblait souvent difficile, notamment pour les enseignants de concevoir le rôle du mEN dans un lycée. Ce rôle semblait beaucoup plus évident pour les élèves, peut-être en raison du lieu de l'entretien (bureau du MEN).

Lors des entretiens avec les adultes, je précisais travailler sur la prévention du suicide chez les adolescents, et la prise en charge des jeunes souffrant de mal-être. Pour les élèves, il avait été décidé de ne pas parler de suicide : je ne pouvais pas assurer un suivi, étant en situation de stagiaire, présente quelques semaines seulement. Toutefois les jeunes n'ont sans doute pas été dupes, comme en témoigne la remarque d'une déléguée de première : « En fait vous avez peur que l'on se suicide, alors pourquoi vous ne le dites pas? ».

Les professionnels, surtout les enseignants étaient très demandeurs de renseignements sur la prise en charge et la conduite à tenir devant un adolescent en difficulté.

De nombreuses questions sur l'épidémiologie des tentatives de suicide ou sur leur signification (chantage? gravité?...) émaillaient l'entretien. J'ai toujours répondu aux questions afin de montrer ma volonté de nouer le dialogue et de travailler en concertation. Toutefois, je précisais que « je répondrai[s], mais à la fin de l'entretien ». Il est arrivé que les

entretiens se terminent en discussions très enrichissantes à bâton rompu avec plusieurs enseignants qui entraient dans la salle des professeurs à la fin de leurs cours, alors que l'entretien prenait fin.

Je dois avouer qu'entrer dans la salle des professeurs pour demander leur aide dans cette enquête, n'a pas été chose facile. Par la suite j'ai compris qu'il en était de même pour tous ceux qui avaient à y entrer. Certains appellent cela "traverser le Rubicon"... En réalité, la difficulté est plus fantasmée que réelle, liée au fait que l'on doive "affronter" un groupe constitué, soudé autour d'une pratique professionnelle, avec une logique qui lui est propre.

Lorsque je rencontrais les élèves ou les professionnels non enseignants, je me sentais très ancrée dans mon rôle de mEN. Lorsque je me confrontais au monde de l'enseignement, que je connais si peu, je me suis parfois sentie dans la peau d'un ethnologue, découvrant une autre culture, avec comme il se doit, un informateur : un des professeurs ayant été à l'origine du projet "L'heure de Blues". Il m'avait été conseillé de la rencontrer, c'est elle qui m'a aidée à "traverser le Rubicon", me présentant aux autres professeurs.

4/ Limites de la méthode :

a/ Les grilles d'entretien :

Les premiers entretiens furent plus directifs. Après les trois premiers entretiens, prenant conscience de l'importance des représentations personnelles sur un tel sujet, la grille a été épurée, afin de laisser libre cours aux réflexions de l'interlocuteur. Le soucis était d'influencer le moins possible les réponses. Modifier ainsi la grille d'entretien, au cours de l'enquête, est une méthode utilisée par Thompson³⁴.

En particulier lors des entretiens avec les enseignants, une relance concernant les modalités d'un travail en équipe, a été ajoutée. Les grilles définitives figurent en annexe.

³⁴THOMPSON P. " Récits de vie et changement social ", in *Cahier internationaux de sociologie*, Vol LXIX, 1980, pp. 254-255, Cité par Alain BLANCHET et Anne GOTMAN? "L'enquête et ses méthodes : l'entretien", p44.

b/ Le choix des enquêtés :

Les entretiens faisaient appel au volontariat. Très rapidement, il est apparu que les personnes qui acceptaient de s'y plier, étaient celles qui se sentaient le plus concernées par le problème. Pour comprendre le point de vue des enseignants réticents à un travail de collaboration avec l'équipe médico-sociale, les écrits circulant ou ayant circulé dans l'établissement, seront utilisés.

Le problème est plus délicat pour les adolescents : parmi les neufs qui avaient répondu favorablement à la demande d'entretien, 7 avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Les élèves les plus motivés pour améliorer la lutte contre le mal-être des adolescents sont ceux qui sont le plus concernés.

c/ L'enquêtrice

Une des limites les plus importantes fut mon inexpérience pour ce type d'enquête.

Lors d'un entretien avec deux jeunes filles, les adolescentes ont testé ma réaction à des menaces de récurrence de tentative de suicide, m'obligeant au cours de l'entretien à reprendre momentanément le rôle du MEN dans le cadre d'un dialogue plus personnalisé. Le sujet d'une façon générale laissait peu de place à une distanciation de la part des enquêtés. Adultes comme adolescents faisaient souvent référence à un épisode douloureux de leur vie personnelle ou professionnelle.

Il fut parfois nécessaire, en fin d'entretien, de resituer quelques idées reçues qui malheureusement restent ancrées dans les esprits : « Les tentatives de suicide sont souvent des appels à l'aide mais ce n'est pas très grave », « beaucoup sont surtout du chantage, ce n'est pas vraiment une tentative de suicide », « les jeunes sont très impulsifs, ce n'est pas forcément grave ».

Trop souvent, seul le risque vital immédiat et la mortalité sont pris en compte, sans qu'il n'y ait perception de la morbidité, à moyen et à long terme.

Après une analyse des entretiens, nous ferons quelques propositions pour tenter d'améliorer l'accompagnement des jeunes en difficultés.

III/ ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AU LYCEE JEAN PERRIN

Des tableaux synoptiques permettent de lister, pour chaque thème de la grille d'analyse, les items proposés par les différentes personnes. A titre indicatif, le nombre de personnes ayant exprimé la même idée est indiqué. S'agissant d'entretiens semi-directifs, il faut s'abstenir de tirer des conclusions sur ces chiffres, non significatifs, qui ne sont qu'un point de départ à l'analyse (voir tableaux V à IX, à la fin de ce mémoire).

L'analyse de contenu étudiera :

- les causes du mal-être de l'adolescent
- les signes du mal-être chez l'adolescent
- le rôle actuel des professionnels

selon les représentations des adolescents, et des adultes enseignants et non enseignants, rencontrés au cours de l'enquête.

1/ Les causes de mal-être chez l'adolescent :

a/ Les problèmes familiaux

Les problèmes familiaux sont les causes mises en avant par tous les interlocuteurs, en première ou en deuxième position. « Le mal-être vient plutôt de la maison. J'ai eu un suicide après un conseil de classe. Bien sûr ça fait réfléchir. Mais je crois que c'était juste un déclic. Le mal-être vient plutôt de la maison. L'école fait caisse de résonance.[...] L'école est un révélateur, on leur permet d'exprimer leur mal-être. » (professeur de français)³⁵.

³⁵ Voir sur ce point X. POMMERAU, *L'adolescent suicidaire*.

Les problèmes familiaux ne sont pas toujours détaillés. Quand ils le sont, la séparation du couple parental est souvent citée. Au delà de cette séparation, c'est la façon dont elle se passe qui semble importante : « Il y a des divorces difficiles où les parents se servent des enfants comme d'une arme l'un contre l'autre » (professeur d'anglais). « Avec le divorce, on devient un colis baladé entre les parents » (élève de première, 16 ans).

Tous les événements douloureux, survenant à la maison sont cités : décès, maladie d'un proche, chômage etc. La maltraitance est citée, par les adultes, qu'elle soit physique ou psychologique « Certains subissent des tortures mentales à la maison » (CPE); « il y a beaucoup de stress à la maison : les parents repassent leur bac! » (infirmière); « parfois les parents les stressent avec les notes. Ils sont déçus si l'élève ne va pas en S, alors les élèves sont absents. Ils restent dans la cour à pleurer » (professeur de maths).

Les élèves n'ont pas fait référence, lors des entretiens, à des violences subies en famille. Au début de l'année, l'un des professeurs de français demande aux élèves de se présenter par écrit, de façon subjective, «à la manière d'un personnage de roman». Par cette fiche, l'enseignante obtient beaucoup de renseignements sur les difficultés de ses élèves. Elle a accepté de me donner une copie anonymisée de quelques «fiches de présentation détaillée à la manière d'une fiche de personnage de roman» (annexe VI). Une élève écrit « Mon entourage est restreint du fait que je ne vis plus chez mes parents. [...] Je suis entourée par des éducateurs sympathiques. [...] J'ai vécu des choses qui m'ont fait très mal et je souffre de cela encore aujourd'hui. Je ne peux les écrire sur papier.[...] Mon passé est difficile et j'ai du mal à ne pas penser au passé. Malgré moi il m'obsède [lapsus]. [...] Je déteste le foot, le tennis, les menteurs, les personnes hors la loi (les violeurs, tueurs, voleurs), la drogue, la cigarette, les pollueurs ».

Les déléguées de classe rencontrées pour l'enquête ont fait preuve de beaucoup de sensibilité à l'égard de ce que peuvent vivre leurs camarades : s'occuper des petits frères et sœurs, avoir des petits boulots après l'école, se lever très tôt quand on habite loin.

La difficulté des parents à remplir leur rôle est citée notamment en cas de divorce : « parfois on dirait que les parents retournent en enfance : les enfants prennent le rôle des parents pour les séparer » (élève de première, 16 ans). Une élève de première fait un lapsus au sujet des familles monoparentales : « il y en a qui élèvent tout seuls leurs parents ».

b/ Le lycée cause de mal-être :

Les difficultés scolaires sont considérées soit comme une cause, soit comme un signe de mal-être. Il apparaît d'emblée que les parents mettent en avant les problèmes d'orientation, mais ce peut être dû aux conditions d'entretien (réunion parents/professeurs). Les adolescentes n'y ont pas fait allusion, le jeune homme déclare pourtant : « la mauvaise orientation ça devient presque une blague entre nous : - t'as pas l'air d'aller bien ! - Je dois avoir un problème avec mon orientation...[...] Il devrait y avoir un vrai travail de recherche pour connaître les goûts des ados, plutôt qu'une grande arborescence : où est-il et où va-t-il? »³⁶. « L'orientation c'est le plus important pour nous. [En terminale S] beaucoup vont mal. Ils redoublent avec moins de 4 en maths. Certains auraient pu aller en technique et auraient construit quelque chose de leurs mains. [...] 80% au bac c'est bien , mais après? » (professeur de maths).

La distinction entre les filières "nobles" et les autres reste vivement ressentie par les élèves. Elle est effectivement très rapidement perçue dans le discours spontané des professeurs (lors de réunions, en salle des professeurs ou au restaurant scolaire par exemple) : « STT c'est une poubelle. "Si t'es nul, va là-bas : en première on commence de nouvelles matières, tu pourras peut-être t'en sortir". Comment envisager sereinement sa scolarité quand on est dans une poubelle? » (élève de terminale STT, 20 ans)³⁷.

L'état d'esprit des professeurs est désigné parmi les causes de déstabilisation des élèves : « Quand les profs vont mal, les élèves vont mal. Les passages à l'infirmerie explosent et il y a un pic d'accidents de sport. Et les profs sont plus souvent arrêtés. » « Quand les profs dépriment, les élèves dépriment. C'est comme au billard, il faut taper dans une boule pour atteindre l'autre » (adultes non enseignants).

Les relations enseignants/enseignés sont citées : « Les profs nous disent "t'es nul", alors qu'on a des tas de problèmes à la maison. Un élève prend ça en global : "je suis nul en tout" et déprime » (déléguée de première, 17 ans). « Quand un prof est heureux d'être en cours les élèves se sentent mieux. Ils disent : "M. Untel nous voit arriver comme une catastrophe et partir avec soulagement. » (adulte non enseignant).

³⁶ Voir J. GANTY "Violence scolaire : délinquance en milieu scolaire et/ou sociopathie institutionnelle", in *L'observatoire - violence scolaire*, 199, n°6, P.27

³⁷ Voir F. DUBET, *Les lycéens*

« Quand l'adulte ne valorise pas le travail de l'élève, l'élève s'approprie alors son échec et en fait une valorisation de sa personne. Un élève m'a dit l'autre jour : "J'ai eu zéro et le prof ne m'a pas demandé pourquoi j'ai eu zéro". Cet échec il ne le voulait pas, mais la prochaine fois il le voudra » (proviseur). Deux élèves de première, parlant d'un adolescent qui vient de faire une tentative de suicide : « Il a de mauvais résultats. Au début il s'est battu et maintenant il s'en fout complètement ». Cesser de travailler quand on est en échec, est un moyen de se réapproprier ses résultats, de redevenir auteur de sa vie scolaire.

c/ L'absence de cause reconnue

Parfois la cause de mal-être, et éventuellement d'une tentative de suicide n'est pas connue, que ce soit de l'adolescent ou de son entourage. S'agit-il d'une expression de la "crise d'adolescence" ou la cause est-elle enfouie dans les méandres de l'inconscient? : « Parfois, il n'y a pas de cause vraiment. C'est passager. On est fatigué, certains se lèvent très tôt. On arrive plus à travailler et on commence à déprimer (élève de première, 17 ans); « J'ai la faculté de créer mes propres problèmes : plus ça va bien et plus je me sens mal ! [...] Je me suicide lentement à l'alcool. [...] J'ai vu mon père en manque d'alcool et ça me fait peur » (élève de terminale, 20 ans)

d/ La peur de l'avenir

Elle est présente dans de nombreux entretiens : « le changement : c'est dur de passer de collège à lycée. Il y a plus de responsabilités par rapport à notre avenir » (élève de seconde, 15 ans). « Demain je vais avoir 18 ans, j'ai pas envie, ça me fait peur. [...] S'il vous plaît tutoyez-moi ! » (élève de première, 18 ans).

e/ La tentative de suicide : un rite de passage?

Lors d'un entretien en duo, deux élèves de première discutèrent longuement ensemble au sujet des différents adolescents de leur entourage qui avaient fait une tentative de suicide: « x en a fait une aussi, y aussi, c'est x qui me l'a dit ». Le ton de la conversation dénotait une certaine admiration pour les personnes citées. Les deux élèves présentes “ en avaient fait une aussi ”. Il semblait y avoir à travers la tentative de suicide un moyen d'appartenance à un groupe : ceux qui ont osé affronter la mort. La tentative de suicide serait reconnue comme un des comportements ordaliques tels qu'on les rencontre fréquemment à l'adolescence. Il s'agit là d'une mise en garde sévère sur notre manière d'aborder la prévention. Traiter le problème de front risque de nous amener à l'effet inverse de celui recherché, et inciter au passage à l'acte. Ce phénomène a déjà été observé lors de ce que l'on appelle les “épidémies de suicide”. Le suicide d'un adolescent étant suivi, en quelques jours, par le suicide d'un ou plusieurs autres.

f/ Violences subies en dehors du milieu familial :

Deux élèves de terminale, âgée de 18 ans racontent le viol qu'elles ont subi vers l'âge de 14 ans. L'une déclare : « Je me suis retrouvée seule, on peut pas compter sur les amis. [...] Le viol c'est tabou. On n'en parle pas. Je pensais que c'était un vieux qui nous courrait après dans la rue. Je pensais pas être violée par mon copain. Et les parents disent : “c'est ta faute, c'est ton copain.” Je me suis beaucoup demandée si c'était de ma faute. »

2/ Les signes de mal-être chez les adolescents :

D'une façon générale, les personnes interrogées reconnaissent que, ce qui compte, c'est le changement d'attitude : tristesse, pleurs ; ou à l'inverse rire trop alors qu'on était plutôt effacé ; baisse des résultats scolaires ou surinvestissement ; isolement du groupe; etc. ...

Avec toutes les précautions d'usage en raison des conditions d'entretien, il est intéressant de remarquer que les parents ne font jamais référence à ce qui se passe au lycée mais uniquement aux troubles du sommeil et de l'appétit, aux troubles du comportement (agressivité).

Les CPE sont extrêmement sensibles à l'absentéisme, qu'ils surveillent avec beaucoup d'acuité : absentéisme sélectif pour un cours, pour certaines heures, etc. ... Toute absence est notifiée à la famille. Les CPE cherchent, lors d'entretiens soit systématiques (avant le conseil de classe) soit à la demande, à connaître les raisons de cet absentéisme et à aider l'adolescent. Ils recueillent souvent, à cette occasion des informations importantes, en particulier sur les difficultés des jeunes hommes.

Plusieurs remarquent qu'il est parfois difficile de s'apercevoir que quelqu'un ne va pas bien, en particulier les garçons : « On voit sa tête, elle est pas comme d'habitude. Mais les garçons c'est difficile, ça va toujours... » (Déléguée de première, 17 ans). « Les têtes [meilleures élèves] ne parlent pas souvent, on ne pourrait pas savoir si elles vont pas bien. Les garçons c'est pareil : on sait pas. » (Déléguées de première, 18 ans). Les délégués de classe ont un sens aigu de leur rôle et de leurs responsabilités en vers les autres. Une des déléguées, qui a fait une tentative de suicide, ajoute : « Si une fille me dit quelque chose et me demande de ne pas le répéter, je ne le dirai jamais. Moi quand j'allais pas bien, ça s'est pas vu parce que je voulais pas que ça se voit ».

De la même façon les professeurs sont inquiets de ne pas pouvoir s'apercevoir à temps qu'un jeune homme ne va pas bien : « Il faut distinguer les filles et les garçons, c'est plus visible chez les filles. Pour les garçons c'est beaucoup plus difficile à voir, même physiquement. Ils sont plus souvent absents peut-être. Un garçon garde tout pour lui et on est difficilement averti par les copains. Les résultats en baisse c'est souvent un symptôme. C'est un problème culturel : un garçon n'a pas le droit de pleurer, pas le droit d'aller mal. » (professeur d'anglais).

Cette difficulté de diagnostic chez les jeunes de sexe masculin, est en effet préoccupante. Les différents auteurs qui travaillent sur le sujet cherchent un moyen de mieux reconnaître les adolescents en difficulté, car s'il font moins de tentatives de suicide, ils ont une mortalité par suicide plus importante. Seuls deux jeunes hommes ont accepté de participer à cette enquête : L'un ayant lui-même déjà fait une tentative de suicide, l'autre (dont l'entretien n'a pas été retenu), présentant un trouble de la personnalité. D'autres adolescents ont été sollicités, mais ont refusé.

3/ Le rôle des professionnels :

a/ Rôle actuels des intervenants :

Adultes et élèves soulignent l'importance de l'infirmière : « l'infirmière c'est la dernière roue de secours, je ne voyais plus qu'elle. [...] L'infirmière est là tout le temps, et nous on est au bahut le plus souvent. » (élève de première, 18 ans).

Souvent, les adolescents disent ne pas vouloir se confier à un adulte, mais le discours est ambivalent : « Si ça va pas, c'est pas à un adulte que j'irai me confier, j'irais vers les copines, ou vers ma sœur pour un problème interne à la famille. [...] Il faudrait un psychologue au lycée. L'infirmière ne peut pas tout résoudre. Oui un psychologue, je suis sûre que ça marcherait » (Déléguée de première, 18 ans). « Ça fait du bien de se confier comme ça librement. » (élève de terminale, 18 ans).

Une adolescente dit se confier à une des documentalistes. En effet, ces dernières signalent certains élèves en demande de dialogue. L'ambiance du Centre de Documentation et d'Information s'y prête.

D'une façon générale, le besoin de parler est grand, sans qu'il y ait médicalisation à outrance : « Si on pouvait parler, il y aurait moins de tensions, mais pour les clubs le gros problème c'est les horaires. [...] Les médecins donnent trop facilement des antidépresseurs, ils prennent pas le temps de discuter : tu pleures ? Prends un cachet ! »

b/ 'l'heure de Blues'

Aucun jeune ne déclare se confier aux professeurs, pourtant ces derniers détiennent de nombreuses informations données par les élèves eux-mêmes. Six professeurs signalent des messages dans les copies. Ce constat fut à l'origine du projet : 'L'heure du blues'. 'L'heure de Blues' était un projet d'écoute des élèves, dû à l'initiative de deux professeurs du lycée, au cours de l'année 1995.

Certaines heures de la semaine, une pièce du lycée était réservée à des adultes volontaires, toutes catégories professionnelles confondues (enseignant, infirmière, personnel ATOSSS...). Ils étaient à la disposition des élèves qui ressentaient le besoin de se confier. Un code de déontologie (voir annexe VI) avait été instauré. Ce projet a été mal vécu par la communauté enseignante. Les critiques semblent avoir été de deux ordres : d'une part la peur d'être jugé dans sa pratique professionnelle par des collègues, sur les dires des élèves. D'autre part, la confusion des rôles : un des professeurs de philosophie a diffusé un texte intitulé "il faut oser instruire", pour expliquer sa position : « L'Education Nationale se soucie [...] du corps des lycéens.[...] On se soucie également de l'âme des lycéens. Dernière innovation au lycée Jean PERRIN : la création d'un "espace blues", où des professeurs se proposent d'accueillir des élèves pendant les heures de cours (sic) pour écouter leurs problèmes ! Comme on le voit l'Education Nationale affronte résolument les problèmes de société : l'enseignement de masse, les publics nouveaux, le SIDA et la sexualité, les problèmes psychologiques des "ados" ! [...] Mais je crains que dans tout cela l'on oublie la mission première de l'Ecole : l'instruction et sa valeur éducative. »

Une partie du corps enseignant estime que sa mission est uniquement celle de transmettre un "Savoir", faisant abstraction du contexte psychologique de l'enseigné. Aucun enseignant partageant cette opinion ne s'est proposé de participer aux entretiens.

Devant les réticences importantes au sein du lycée, et l'importance des conflits qui s'en suivirent, les initiateurs du projet n'ont pas donné suite. Il faut remarquer que de telles expériences ont été tentées dans d'autres établissements. Selon Rémi BADOUC (Colloque francophone d'Amiens), ce type d'action n'est pas adapté. Chacun doit rester dans son rôle, les adolescents ayant sur chacun des projections qu'il est préférable de ne pas bouleverser. Tout en restant dans le rôle qui leur est propre, les enseignants peuvent être d'une aide importante pour la reconnaissance des souffrances psychologiques des jeunes. Plusieurs ont l'habitude de rester dans la classe entre les cours, facilitant le contact.

Tous ceux qui ont accepté de participer à l'enquête, expliquent qu'ils cherchent à instaurer un climat de confiance, pour mieux communiquer avec les jeunes. Ils souffrent beaucoup de la pression des programmes à respecter, parfois au détriment des jeunes.

« On est poussé à rester dans le programme par les collègues, l'administration, l'inspecteur. Il faut que vous puissiez dire que le prof doit être autre chose qu'une machine à enseigner » (professeur de français).

Mais : « Il y a des profs qui ne veulent pas tout ça. Ils sont là pour le Savoir » (professeur de maths). Au cours de l'enquête, je n'ai rencontré aucun enseignant qui m'ait tenu ce discours. Toutefois, le texte écrit par un professeur de philosophie, lors du projet de "l'heure du blues" est explicite. Dans la salle des professeurs, pendant mon enquête, a été affichée une copie d'un article écrit par Robert REDEKER, professeur de philosophie (Libération du 4 mars 1999). Il déclare : « Le fanatisme de la proximité (les institutions conçues comme réponse à des demandes sociales !) semble dessiner la figure du professeur-guichet préposé à l'écoute des mal-être et des dols de l'adolescence. [Le professeur] rencontrera la source de son travail dans les désirs et les besoins sociaux, dans les détresses psychologiques, dans les situations d'exclusion, plus du tout dans la pensée, dans la longue tradition des œuvres, dans la pointe de la recherche, dans les interrogations les plus anciennes et les plus avancées de la philosophie. »

Lors d'un travail d'équipe, il faudra tenir compte des réticences d'une partie de l'équipe pédagogique, à un changement auquel ils ne sentent sans doute pas prêts. Leur conception de l'enseignement ne semble toutefois plus correspondre à l'évolution de la communauté des élèves, et faire plutôt référence à ce que François Dubet appelle "les vrais lycéens". Il désigne ainsi les élèves proches de ceux que l'on rencontrait autrefois dans les lycées, perméables à l'enseignement, sans que ne se pose la question du contexte psychosocial. Remarquons qu'actuellement, les enseignants ne reçoivent, au cours de leur formation initiale, que peu d'éléments d'approche de la psychologie et du développement de l'adolescent. Ce manque de formation a été regretté par la plupart des enseignants rencontrés : « On nous a appris à enseigner à des cerveaux, pas à des être humains » (professeur d'anglais).

Les enseignants sont également en grande demande de travail d'équipe. Chacun ou presque déclare "savoir des choses que d'autres ne savent pas", et en effet, il leur arrive de donner des informations à l'infirmière. Souvent se pose le problème du secret médical. Il faudra, dans l'intérêt des élèves, avec "tact et mesure", informer sans trahir.

En effet, comment demander aux enseignants de s'adapter aux difficultés spécifiques d'un adolescent, sans apporter un minimum d'informations ? Un travail d'équipe suivi permet de mieux connaître les personnes dignes de confiance, et de préciser, en dehors de tout épisode critique, les limites incontournables du secret professionnel.

Les enseignants ont également une haute idée de la confidentialité des informations reçues des élèves : « Ce que j'attends du médecin scolaire, c'est qu'on le connaisse, qu'on le rencontre à la prérentrée ou lors d'une réunion. [...] Il faut avoir confiance pour livrer des informations. Il faut avoir confiance pour se donner l'autorisation morale de dire ce qu'on sait. » Et les enseignants savent, et ressentent beaucoup de choses. Il est certain qu'ils sont d'une grande aide en particulier pour le suivi des garçons, qui ont tant de mal à faire la démarche de venir à l'infirmerie pour y confier leurs problèmes.

Outre le comportement des élèves en cours, qui peut être un moyen d'alerte, les enseignants savent utiliser les questionnaires. Celui du "personnage de roman" utilisé par un professeur de français, a montré tout son intérêt. Un professeur de mathématiques précise : « Les questionnaires, c'est intéressant. Il faudrait les travailler. Souvent en début d'année, [les élèves] ne signalent rien, mais au bilan du premier trimestre, ils me connaissent et là j'apprends plein de choses. [...] Il doit y avoir un climat de confiance. [...] Parfois je fais des bilans avec la classe, surtout si je suis professeur principal. Ça permet de désamorcer les problèmes avant le conseil de classe ».

La communication entre les différents professionnels est indispensable, et les jeunes nous le rappellent : « Entre profs et CPE, profs et administration, et profs entre eux, il n'y a pas de communication. Si eux ne communiquent pas, comment nous on peut y arriver? » (élève de terminale, 18 ans); « il y a un manque de communication dans tous les sens. Pourtant ce mot revient tout le temps! Alors maintenant quand je le vois, je le surligne! » (déléguée de première, 17 ans).

C'est en tenant compte de ces remarques que nous allons faire quelques propositions de travail d'équipe.

TROISIEME PARTIE

PROPOSITIONS DE TRAVAIL

Les missions du médecin de l'Education Nationale, circulaire N° 91 148, du 24 juin 1991

Extrait : « Les missions du service de promotion de la santé des élèves consistent à [...] promouvoir la santé mentale et physique 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 [...] »

« Le médecin de l'Education Nationale constitue une interface entre les jeunes, le monde de la santé, le monde des enseignants, le tissu familial et social. »

La prévention du suicide entre donc dans les missions du mEN. L'objectif est de pouvoir améliorer la reconnaissance des adolescents en mal-être, en améliorant les systèmes d'observation et de circulation de l'information, afin de pouvoir agir en temps réel auprès des jeunes qui en ont besoin. Des outils de fonctionnement sont déjà en place au sein du lycée, il ne s'agit pas de créer des instances superfétatoires, mais de mieux utiliser celles qui existent déjà.

I/ AMELIORER LE TRAVAIL D'EQUIPE

1/ "Aller vers . . ." :

Il y a une grande demande de la part des enseignants, des CPE et de l'administration, pour un travail de collaboration. L'organisation actuelle du secteur du mEN, et son importance, ne permettent pas toujours de pouvoir développer cet axe de travail autant que nécessaire. **Une présence régulière du mEN tout au long de l'année, une demi-journée tous les 15 jours au minimum, permet de suivre les élèves en difficulté**, soit directement, soit en débattant avec l'infirmière de la meilleure stratégie à adopter pour les élèves les plus en difficultés. L'infirmière, de par sa disponibilité et sa compétence, permet d'aider au quotidien les adolescents. Toutefois, dans les situations les plus complexes, il est impératif de travailler en

équipe, et de ne pas laisser un seul adulte gérer le problème. Tous les professionnels insistent sur ce point : « La règle d'or [...] est de ne jamais rester seul avec un secret ou une situation difficile à gérer. Pour ne pas perdre la confiance de l'adolescent, il faut l'avertir que nous ne pouvons pas faire autrement que d'aller solliciter de l'aide [...]. Il y a un double avantage à cela : d'abord l'adulte ne se présente pas comme tout puissant, [...] [d'autre part] il ne s'enferme pas dans un rôle de sauveur [...] qui finirait tôt ou tard par le déborder.»¹ L'infirmière, consciente de ce risque est très favorable à un travail de collaboration plus étroit avec le mEN et le cas échéant avec un(e) assistant(e) social(e). L'ensemble des propositions ont pour but de favoriser un travail d'équipe efficace.

a/ Aller vers l'équipe de direction :

en participant à la réunion de direction du lundi matin une fois par mois, ce qui permettrait de suivre au fil du temps le développement de situations périlleuses (problèmes de toxicomanie, problèmes socio-familiaux, violence etc. ...). La proviseur est demandeuse d'un tel travail en collaboration, mais reste consciente de la divergence des objectifs, en particulier dans les problèmes de toxicomanie : le proviseur maintient la cohésion de l'institution et représente la loi, le mEN cherche à comprendre le comportement des jeunes et à les soutenir. L'un et l'autre sont complémentaires.

A ces réunions, participent les CPE qui connaissent les situations socio-familiales, et suivent la scolarité des élèves. Ils rencontrent fréquemment les enseignants. Ils sont en contacts réguliers avec les familles et sont des interlocuteurs privilégiés des adolescents dès l'apparition d'une modification du comportement (absentéisme, comportement inadapté...). Ils sont particulièrement attentifs aux signes de bien-être/mal-être des jeunes et les rencontrent souvent.

La régularité de ces réunions est importante. Venir de façon ponctuelle n'offre pas la même cohésion de l'équipe, et ne permet un suivi aussi stricte des situations difficiles.

Il faut pouvoir, en dehors de toute situation de crise, fixer avec précision le rôle de chacun, et ses limites (en particulier, le problème du secret professionnel).

¹ Marie CHOQUET, livret d'accompagnement de la cassette " Sorte de secours ", page 17.

Le mEN pourrait venir un lundi fixe par mois. Ce jour-là, les problèmes socio-comportementaux seraient abordés en priorité.

b/ Aller vers les enseignants

C'est matériellement le plus difficile, en raison des emplois du temps. Pourtant, c'est indispensable à une relation de confiance. **Se présenter à l'équipe pédagogique**, soit lors d'une réunion de prérentrée, soit lors d'une réunion spécifique est un préalable indispensable. Par la suite, **être présent certains jours, et aller dans la salle des professeurs**, permettrait de façon informelle de les rencontrer, d'échanger des informations, d'harmoniser les rôles de chacun. Le plus simple serait de venir rencontrer les enseignants lors de la récréation précédant la réunion de direction du lundi matin. Ils doivent être informés des jours de présence du mEN. Les coordonnées de celui-ci doivent être affichées dans la salle des professeurs.

Avec l'équipe enseignante également, les rôles de chacun seront définis. Ils peuvent nous alerter pour un adolescent. Le relais sera ensuite pris par l'infirmière et le mEN. Il est donc nécessaire, lorsqu'un enseignant est le confident d'un jeune, qu'il puisse peu à peu l'informer qu'un relais doit être pris par d'autres personnes. Le souci sera toujours d'appliquer "la règle d'or" : ne pas rester seul face au problème d'un adolescent².

Aller plus loin, par exemple en rencontrant les professeurs principaux, une ou deux fois par trimestre, pourrait être discuté. Mais il n'est pas certain qu'une réunion d'une douzaine de personnes soit propice à l'échange d'informations confidentielles. D'autant que parmi ces personnes, il se trouvera inévitablement des enseignants qui refuseront de tenir ce rôle de "professeur-guichet préposé aux dols", selon la formule de R. REDEKER³. Le volontariat est indispensable, en se réservant la possibilité de faire une réunion exceptionnelle, pour gérer un problème particulier, comme le font les enseignants de la classe "Réussir au lycée". Multiplier les réunions finirait par être trop contraignant, tant pour les enseignants que pour le mEN et aboutir à l'effet inverse de celui recherché.

² Marie CHOQUET, livret d'accompagnement de la cassette "Sortie de secours", page 17

³ *Libération* du 4 mars 1999.

La participation aux conseils de classe, ne semble pas indispensable, sauf dans certains cas particuliers. La présence de parents et d'élèves y empêche l'échange d'informations confidentielles. Par ailleurs, la grande majorité des élèves vont bien, et ne nécessitent pas d'intervention de notre part.

Devant un problème particulier, une réunion de synthèse plus formelle, en collaboration avec les CPE peut être organisée.

c/ Aller vers les élèves

Le travail avec les élèves commence bien avant les " années lycée ". Le SPSFE du Nord a élaboré des marques pages (voir annexe VII). Les uns sont donnés aux parents lors de la visite de six ans, les autres aux adolescents lors de la visite de troisième ou de CM2. Ils informent les adultes et les jeunes des coordonnées du mEN et de ses missions.

La prévention générale du suicide est à proscrire. Il y a un risque de provoquer des passages à l'acte. La tentative de suicide n'est pas seulement l'expression du mal-être d'un jeune, elle est aussi un des comportements ordaliques propre à l'adolescence.

La poursuite de la participation aux clubs santé dans les collèges permet de mettre en place des projets de travail sur l'estime de soi, le respect de son corps et de celui de l'autre, la gestion de son capital santé... Rappelons que, pour deux des jeunes filles interrogées, la première expérience sexuelle était un viol. Elles estimaient toutes les deux qu'il était à l'origine de leur mal-être et responsable de leurs tentatives de suicide. Elles précisaient avoir d'autres camarades ayant vécu la même situation.

Au lycée lui-même, il est utile **de participer aux actions tournées vers les adolescents : club santé, groupe d'action contre le SIDA, groupe de parole...** Lors des entretiens, apparaissait une forte demande d'informations, en particulier sur tout ce qui concerne la sexualité.

Le respect de l'autre, la lutte contre la violence, le travail sur les capacités de chacun à gérer les situations de crise, l'élaboration de projets de santé communautaire portés par les jeunes

eux-mêmes, sont donc autant d'axes de travail, et de moyens de lutte contre le suicide et les tentatives de suicide (au lycée comme au collège).

d/ Aller vers les parents :

C'est peut-être le plus difficile : c'est indispensable, mais cela doit se faire sans rompre la confiance que les jeunes ont en nous. Rémi BADOUC (Association SEPIA, Colloque francophone d'Amiens) explique aux adolescents qu'ils sont ce que les parents ont de plus précieux au monde, et quand un jeune est en grande détresse psychologique, il met tout en œuvre au fil des rencontres pour le convaincre de rencontrer sa famille. L'accompagnement de celle-ci dans la prise en compte de la souffrance du jeune, voire de la tentative de suicide, ne relève toutefois que très partiellement du mEN, qui doit être aidé en cela par les médecins traitants et l'équipe hospitalière. L'accompagnement de la famille après un suicide ne relève pas, sauf cas particulier, du mEN qui s'attachera plutôt à gérer le drame au sein de l'établissement.

La rencontre avec les parents ne se décline pas seulement de façon individuelle au moment des crises. Des réunions d'informations sur des points particuliers pourraient être proposées, ce travail pourrait se faire en collaboration avec les CPE et les enseignants : « Notre avantage c'est de connaître beaucoup de jeunes du même âge, par rapport aux parents qui n'en connaissent que deux ou trois. » (professeurs de français).

Les adolescents ont signifié pendant les entretiens que la parole des parents restait prépondérante, quelle que soit la qualité de l'information recueillie dans le cadre scolaire : « On manque d'informations par les parents sur le SIDA. [...] Les parents ont peur, n'arrivent pas à parler, à expliquer les choses. » (élève de terminales, 18 ans). Equipes enseignante, éducative et médico-sociale peuvent proposer une aide aux parents pour faciliter le dialogue avec les adolescents, et lutter contre le fossé qui peut se creuser au fil des jours dans les situations de crise.

2/ Participer aux instances de fonctionnement de l'institution :

Participer au futur Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) est indispensable. C'est aussi à travers ces instances que le mEN peut être reconnu comme un interlocuteur digne de confiance, tant par les élèves, que par les intervenants du lycée et hors lycée.

3/ Rencontrer les médecins hospitaliers et les médecins de ville :

Rencontrer les médecins hospitaliers pour se faire connaître, expliquer l'importance d'un travail en partenariat est indispensable. Il faut se connaître pour pouvoir adresser un élève qui a fait une tentative suicide mettant en cause, ou non, le pronostic vital. Le mEN doit connaître le type d'accueil et de suivi qui sera proposé au jeune, afin de le convaincre et de lui expliquer le déroulement de la prise en charge. De même, il faut que le médecin hospitalier nous connaisse pour nous informer et nous permettre de suivre un élève, dans le soucis d'éviter la récurrence. Il s'agit toutefois plus d'une stratégie de service que d'une démarche individuelle : rappeler au médecins hospitaliers les missions du SPSFE.

Certains travaillent déjà étroitement avec les mEN (Hôpital de Valenciennes, sous l'impulsion de Mme le Dr TASSIN). L'envoi d'un courrier n'est pas toujours suffisant, il est préférable de rencontrer les personnes pour établir une véritable relation de confiance, si cela n'a pas déjà été fait. Afin de ne pas surcharger les emplois du temps de chacun, pour chaque établissement hospitalier, deux mEN pourraient rencontrer les médecins responsables des accueil aux urgences, et les psychiatres responsables de la prise en charge des jeunes suicidants.

Travailler avec les médecins généralistes est important. Beaucoup trop sont encore peu sensibilisés au problème du suicide de l'adolescent. Le mEN aurait sans doute beaucoup à apporter à ses confrères sur de tels sujets.

4/ Poursuivre le travail en réseau

Il est nécessaire de pouvoir faire appel aux services sociaux de secteurs, d'autant plus qu'il n'y a pas d'assistante sociale dans l'établissement.

Le **travail en partenariat** avec les structures de ville : CMP, Point Jeune, etc. ... doit bien sûr être poursuivi. Etre alerté par le comportement ou l'attitude de tel ou tel jeune, nécessite de pouvoir proposer une prise en charge adaptée. Or, on sait qu'il ne s'agit d'adresser "au CMP" mais au Dr X, si l'on veut une adhésion de l'adolescent à la démarche. Pour cela, il est nécessaire de connaître les médecins du secteur.

5/ La formation continue:

Les enseignants sont en grande demande de formation, avec la peur de mal faire : « Quand ils ne me parlent pas je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas s'il faut aller vers eux et insister. [...] Parfois ils se confient à moi, pourtant souvent je ne sais pas quoi faire. Je le fais comme je le sens. J'aimerais avoir une formation. » (professeur de mathématiques).

Le mEN peut **impulser des actions de formation sur la psychologie de l'adolescent**. Au lycée, une projection de la cassette " sortie de secours " avait été organisée il y a quelques années par les initiateurs du projet " l'heure de Blues ". Le mEN pourrait participer à ce type d'action qui répond à une demande profonde d'une partie du corps enseignant.

Dans le cadre de sa fonction de conseiller technique, le mEN peut contribuer à l'intervention dans l'établissement de spécialiste du suicide et de sa prévention chez l'adolescent, appartenant à différents champs professionnels (CRES⁴ notamment). Proposer un plan de formation par corps est important, mais il est nécessaire d'**envisager des formations auxquelles seraient associées tous les partenaires d'un même établissement**.

⁴ CRES : Comité régional d'Education pour la Santé.

Ces moments privilégiés permettrait de mieux se connaître pour un travail en commun, et l'élaboration de stratégies de prévention cohérentes **Pour mieux travailler ensemble, il faut se connaître et se reconnaître à travers une culture d'établissement commune.**

Pour pouvoir former les autres, il est indispensable d'avoir soi-même été formé et surtout de poursuivre sa formation, rôle qui doit être rempli par le **plan de formation du SPSFE.**

Un enseignement sur le développement de l'adolescent, au cours de **la formation initiale à l'IUFM**, permettrait aux futurs professeurs de se sentir moins démunis lors de leur exercice professionnel.

II/ EVALUATION :

L'évaluation d'une nouvelle organisation du travail ne pourra pas être basée uniquement sur les chiffres de mortalité et morbidité suicidaire. Le problème est multifactoriel, le rôle de l'institution scolaire reste partiel. Au delà de ces chiffres, c'est donc le travail d'équipe entre les différents professionnels qu'il conviendra d'étudier, et le vécu des élèves dans l'établissement. Dans un premier temps, de telles études pourraient tout à fait s'intégrer dans la partie diagnostique du prochain projet d'établissement, ou le préalable d'un travail élaboré par le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.

Le registre de l'infirmerie et les statistiques du SPFE sont des sources importantes de données. Une augmentation des "examens à la demande" ou des passages à l'infirmerie pour mal-être ou le suivi d'un jeune après une tentative de suicide, serait le reflet non pas d'un échec (augmentation des chiffres), mais au contraire d'une meilleure reconnaissance des adolescents en difficulté.

L'évaluation portera sur la mise en place réelle du travail d'équipe : nombre de réunions auxquelles le mEN aura participé, retentissement dans la reconnaissance et le suivi des adolescents en difficulté. Ces éléments devront être formalisés par la tenue régulière de notes de réunion. Les dossiers médicaux devront contenir les principales informations nécessaires au suivi.

Chaque action particulière (formation avec l'équipe pédagogique et administrative, action avec les parents ou les élèves, etc. ...) bénéficiera d'une évaluation qui lui sera propre.

CONCLUSION

Il est difficile de dissocier la prévention du premier passage à l'acte, de la prévention de la (des) récidive(s). Toutes deux ont pour but de reconnaître la souffrance des adolescents et de leur proposer une aide adaptée. Si la mortalité est inquiétante, elle ne doit pas faire oublier la morbidité à moyen et long terme. Même face à un risque vital très modeste, toute tentative de suicide est grave.

La reconnaissance des jeunes de sexe masculin en mal-être reste problématique. Ils font, plus difficilement que les jeunes filles, la démarche d'aller vers l'adulte. Etre alerté par d'autres signes est donc fondamental. CPE et enseignants sont une aide précieuse, puisqu'ils côtoient au quotidien les jeunes et perçoivent les modifications de comportement très rapidement. Infirmière et mEN doivent donc travailler en étroite collaboration avec eux pour proposer le plus rapidement possible une prise en charge et un suivi adaptés.

Pour lutter efficacement contre le risque suicidaire, les équipes pédagogiques, éducatives et médico-sociales, doivent faire preuve d'une grande cohésion, et d'une grande solidarité, par delà les conflits d'opposition nécessaires à une avancée du travail d'équipe.

Malgré tout, il faut savoir garder une grande humilité face à ce fléau qu'est le suicide : il restera toujours une grande interrogation, renvoyant aux mystères de l'être humain et de son comportement.

TABLEAUX

TABLEAU V
CAUSE DE MAL-ÊTRE CHEZ LES ADOLESCENTS*

	Parents	Enseignants		Non Enseignants		Adolescents	
	n=5	Femmes n=5	Hommes n=5	Femmes n=9	Hommes n=5	Filles n=8	Garçons n=1
Problèmes Familiaux							
<i>Sans précision</i>	5	3	5	4	1	7	0
<i>Décès</i>	0	1	0	0	1	0	0
<i>Divorce/Séparation</i>	0	3	1	2	2	2	1
<i>Violences subies</i>	0	1	0	4	0	0	0
<i>Conflits avec les parents</i>	0	3	2	4	1	5	0
<i>Chômage et problèmes financiers</i>	0	2	2	3	0	1	0
<i>Conflits avec fratrie</i>	0	0	0	0	0	2	0
Pas de raison reconnue	0	0	0	2	0	1	0
Problèmes sentimentaux	0	1	0	1	1	3	0
Problèmes liés au lycée							
<i>Fatigue/charge de travail</i>	0	1	1	0	0	1	0
<i>Echec ou difficultés scolaires</i>	0	2	2	2	1	4	1
<i>Conflits avec les professeurs</i>	0	0	1	4	1	3	1
<i>Mauvaise ambiance au lycée</i>	0	0	1	1	1	2	1
<i>Mauvaise adaptation</i>	0	0	1	2	1	1	1
<i>Problème d'orientation</i>	4	0	1	1	1	0	1
<i>Manque de communication au sein de l'institution</i>	0	0	0	0	0	2	0
<i>Dépression des professeurs</i>	0	0	1	3	1	0	0
<i>Rejet par les pairs</i>		0	2	6	0	6	1
Peur de l'avenir	0	1	0	4	3	7	1
Violences subies hors famille	0	0	0	0	0	2	0

* Enquête au Lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999

TABLEAU VI

SIGNES DE MAL-ÊTRE CHEZ LES ADOLESCENTS*

	Parents	Enseignants		Non Enseignants		Adolescents	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Filles	Garçons
	n=5	n=5	n=5	n=9	n=5	n=8	n=1
Absence de signe	0	1	2	1	2	3	0
Tristesse	0	3	3	2	0	6	0
Rit trop	0	0	0	0	1	3	0
Agressif	4	4	0	0	0	0	0
Recherche le contact avec les adultes	0	0	0	2	0	0	0
Message dans les copies	0	3	3	1	0	0	0
Isolement/Exclusion	0	0	0	5	2	4	0
Baisse des Résultats scolaires	0	2	2	2	0	3	0
Inattention	0	2	0	0	0	1	0
Absentéisme	0	2	3	5	3	3	0
Passages à l'infirmier	0	1	1	4	2	0	0
Alerte donnée par les pairs	0	1	1	0	0	0	0
Troubles de l'appétit	4	0	0	0	0	2	0
Troubles du sommeil/Fatigue	5	2	0	0	0	2	0
Prise de Toxique (Alcool/Drogue)	0	1	1	2	1	5	1
Antécédents de TS**	0	0	0	0	0	2	0
*Enquête au Lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999							
**TS : Tentative de Suicide							

TABLEAU IX
AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES ADOLESCENTS EN MAL-ÊTRE*

	Enseignants		Non Enseignants		Adolescents	
	Femmes n=5	Hommes n=5	Femmes n=9	Hommes n=5	Filles n=8	Garçon n=1
Respect de la parole des adolescents	0	0	1	0	1	0
Respect de la personne	1	0	1		4	1
Augmenter la disponibilité de l'infirmière	0	0	3	0	4	0
Augmenter le temps de présence du mEN**	0	0	2	0	2	0
Créer un lieu d'écoute	2	0	0	0	2	0
Avoir une AS***	0	0	0	0	2	0
Améliorer l'ambiance au lycée	1	1	0	0	4	1
Augmenter la communication	3	1	4	0	2	1
Améliorer la gestion du "secret"	2	2	2	1	0	0

*Enquête au Lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999

**mEN : médecin de l'Education Nationale

***AS : Assistante Sociale

**TABLEAU VII
REPRESENTATION DU RÔLE ACTUEL DES PROFESSIONNELS***

	Enseignants		Non Enseignants	
	Femmes n=5	Hommes n=5	Femmes n=9	Hommes n=5
Ecoute et disponibilité	5	3	5	2
Conseil, renvoi vers une personne ressource	3	0	4	2
Création de systèmes pédagogiques adaptés	2	1	1	0
Valoriser et respecter les adolescents	4	1	4	3
Communiquer entre professionnels	3	3	6	2
Travailler sur le mal-être, en groupe ou personnellement	4	3	3	0
Travailler avec les familles	0	2	4	4
Travailler avec les pairs	3	2	0	0
Démarches judiciaires	0	0	3	1

*Enquête auprès des professionnels du Lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999

**TABLEAU VIII
IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCE***

	Enseignants		Non Enseignants		Adolescents	
	Femmes n=5	Hommes n=5	Femmes n=9	Hommes n=5	Filles n=8	Garçons n=1
Famille	1	0	1	0	2	0
Ami	0	0	0	0	7	0
Infirmière	5	5	3	5	6	0
hôpital/Samu en cas d'urgence	0	0	2	0	0	0
Psychothérapeute libéral ou CMP	1	0	2	0	2	0
Point Jeune**	0	0	2	0	2	0
Professeur	5	5	1	0	2	0
Délégués de classe	0	0	0	1	3	0
CPE***	2	1	3	2	0	0

*Enquête au Lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999

**Point Jeune : Lieu d'accueil et si besoin d'hébergement, ouvert 7/7jours et 24/24 heures, 1 rue Saint Genois à Lille

***CPE : Conseiller Principal d'Education

TABLEAU IV

Effectifs du Lycée Jean PERRIN de Lambersart : année scolaire 1998 / 1999

**Elèves de
seconde :
402**

2nde 1	2nde 2	2nde 3	2nde 4	2nde 5	2nde 6	2nde 7	2nde 8	2nde 9	2nde 10	2nde 11	2nde 12
34	35	34	36	33	33	25	35	35	34	33	35

**Elèves de
première :
329**

1ère ES 1	1ère ES 2	1ère ES 3	1ère L 1	1ère L 2	1ère S 1	1ère S 2	1ère S 3	1ère S 4	1ère S TT 1	1ère STT 2
32	29	33	23	19	32	31	31	30	34	35

**Elèves de
classe
terminale :
374**

Tale ES 1	Tale ES 2	Tale ES 3	Tale L 1	Tale S 1	Tale S 2	Tale S 3	Tale S 4	Tale STT 1	Tale STT 2	Tale STT 3
30	32	36	32	36	34	38	35	38	31	32

**Elèves
de
BTS :
80**

B.T.S. 1	B.T.S. 2	A.C. O.
35	26	19

TABLEAU I

MORTALITE DES ADOLESCENTS EN FRANCE EN 1995*

	sexe masculin			sexe féminin			total des 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									
<i>Effectif</i>	1276	2605	3881	540	903	1443	1816	3508	5324
<i>Taux**</i>	65,10	122,70	95,10	28,80	43,60	36,60	47,40	83,70	66,30
Accidents de la circulation									
<i>Effectif</i>	528	1010	1538	176	286	462	704	1296	2000
<i>Taux**</i>	27,00	47,60	37,70	9,40	13,80	11,70	18,40	30,90	24,90
Suicide									
<i>Effectif</i>	151	471	622	51	130	181	202	601	803
<i>Taux**</i>	7,70	22,20	15,20	2,70	6,30	4,60	5,30	14,30	10,00

**Taux
pour 100
000habitan
ts de
mêmes
sexe et
âge

* Monographie, revue du
Praticien sept 1998,
Vol.48, N°13

TABLEAU II
Motifs des "Examens à la Demande" : 1997-1998
SPSFE Académie de Lille - Département du Nord

Bassins	Effectifs	Idées Suicidaires*	Prise de Toxiques	Absent éisme	Maltra tance	Abus Sexuels	Grossesses	Dispenses de Sport	Difficultés Scolaires	Violence agie	Problèmes de Comportement
Armentières	36 184	81	69	63	75	14	11	593	470	63	100
Cambrai	32 941	12	66	54	62	27	13	849	363	29	80
Douai	50 091	44	62	88	118	45	31	762	664	48	328
Dunkerque	58 568	30	79	177	81	24	31	1 735	1 112	45	191
Lille-Wattrelot	47 615	34	33	29	79	16	10	394	561	23	82
Lille-La Madeleine	43 679	39	66	104	104	97	27	1 119	1 076	56	224
Lille-Lomme**	####	20	21	91	56	17	10	586	319	59	177
Maubeuge	52 310	37	79	116	172	43	55	907	568	42	185
Roubaix	42 961	20	78	147	120	12	10	730	710	43	125
Tourcoing	42 570	12	21	76	70	25	13	580	1 052	48	396
Valenciennes	37 883	42	41	93	99	9	29	732	552	32	156
VAL 11 13***	34 958	37	22	120	59	9	18	657	574	41	126
Total	511 439	408	637	1 158	1 095	338	258	9 644	8 021	529	2 170

* Idées Suicidaire, et Antécédents de Tentatives de suicide

** Bassin dont dépend Lambersart

** VAL 11 13 : Valenciennes : districts de l'Education Nationale 11et 13

TABLEAU III
Motifs des "Examens à la Demande" - 1997-1998
SPSFE Académie de Lille - Département du Nord
Nombre d'Examens à la Demande pour 10 000 Elèves

Bassins	Effectifs	Idées Suicidaires*	Prise de Toxiques	Absentéisme	Maltraite nce	Abus Sexuels	Grossesses	Dispenses de Sport	Difficultés Scolaires	Violence agie	Problèmes de Comportement
Armentières	36 184	22,4	19,1	17,4	20,7	3,9	3	163,9	129,9	17,4	27,6
Cambrai	32 941	3,6	20	16,4	18,8	8,2	3,9	257,7	110,2	8,8	24,3
Douai	50 091	8,8	12,4	17,6	23,6	9	6,2	152,1	132,6	9,6	65,5
Dunkerque	58 568	5,1	13,5	30,2	13,8	4,1	5,3	296,2	189,9	7,7	32,6
Lille-Wattrelot	47 615	7,1	6,9	6,1	16,6	3,4	2,1	82,7	117,8	4,8	17,2
Lille-La Madeleine	43 679	8,9	15,1	23,8	23,8	22,2	6,2	256,2	246,3	12,8	51,3
Lille-Lomme**	####	6,3	6,6	28,7	17,7	5,4	3,2	185	100,7	18,6	55,9
Maubeuge	52 310	7,1	15,1	22,2	32,9	8,2	10,5	173,4	108,6	8	35,4
Roubaix	42 961	4,7	18,2	34,2	27,9	2,8	2,3	169,9	165,3	10	29,1
Tourcoing	42 570	2,8	4,9	17,9	16,4	5,9	3,1	136,2	247,1	11,3	93
Valenciennes	37 883	11,1	10,8	24,5	26,1	2,4	7,7	193,2	145,7	8,4	41,2
VAL 11 13***	34 958	10,6	6,3	34,3	16,9	2,6	5,1	187,9	164,2	11,7	36
Total	511 439	8	12,5	22,6	21,4	6,6	5	188,6	156,8	10,3	42,4

* Idées Suicidaire, et Antécédents de Tentatives de suicide

** Bassin dont dépend Lambersart

*** VAL 11 13 : Valenciennes districts de l'Education Nationale 11et 13

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Mortalité des adolescents en France en 1995 (D'après FACY et al. « Epidémiologie du suicide de l'adolescent » in *Monographie de la Revue du Praticien*, N°13, Tome 48, pp. 1 409-1 414.)

TABLEAU II : Motifs des examens à la demande : 1997-1998. SPSFE Académie de Lille. Département du Nord.

TABLEAU III : Motifs des examens à la demande : 1997-1998. SPSFE Académie de Lille. Département du Nord. Nombre d'examens pour 10 000 élèves.

TABLEAU IV : Effectifs du lycée Jean PERRIN de Lambersart : année scolaire 1998-1999

TABLEAU V : Cause de mal-être chez les adolescents (Enquête au lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999)

TABLEAU VI : Signes de mal-être chez les adolescents (Enquête au lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999)

TABLEAU VII : représentation du rôle actuel des professionnels (Enquête au lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999)

TABLEAU VIII : Identification des personnes-ressource (Enquête au lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999)

TABLEAU IX : Améliorer l'accompagnement des adolescents en mal-être (Enquête au lycée Jean PERRIN de Lambersart, du 27 février au 3 avril 1999)

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Lille et ses communes environnantes

ANNEXE II : Grille d'entretien pour les professionnels

ANNEXE III : Grille d'analyse des entretiens avec les professionnels

ANNEXE IV : Grille d'entretien pour les adolescents

ANNEXE V : Grille d'analyse d'entretien avec les adolescents

ANNEXE VI : Projet « l'heure de blues »

ANNEXE VII : Fiche de présentation des élèves

ANNEXE VIII : marque-page du SPSFE destiné aux parents et marque-page du SPSFE destiné aux adolescents

ANNEXE I

LILLE

ET LES COMMUNES ENVIRONNANTES

ANNEXE II

GRILLE D'ENTRETIEN

POUR LES PROFESSIONNELS

Présentation : “ Je suis un médecin scolaire stagiaire, dans le cadre de ma formation initiale je dois rédiger un mémoire professionnel. J'ai choisi de travailler sur le mal-être des adolescents et le risque suicidaire. Accepteriez-vous de répondre à quelques questions? ”

I/ Il y a dans le lycée des élèves qui ne vont pas bien. Qu'est-ce qui fait selon vous qu'un adolescent ne se sente pas bien ?

Relance :

- Pensez-vous que ce soit un problème important?
- Avez-vous une idée de la fréquence des tentatives de suicide chez les jeunes?

II/ A quoi voit-on qu'un adolescent ne va pas bien ?

Relance : Quels sont les signes de mal-être chez les adolescents?

III/ Que peut-on faire quand un adolescent ne va pas bien?

Relances :

- Quand un adolescent ne va pas bien, qu'est-ce que cela implique chez vous, dans votre comportement envers lui?
- Quel rôle peut jouer le médecin scolaire selon vous?
- Comment pouvons-nous travailler ensemble?

ANNEXE III

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

AVEC LES PROFESSIONNELS

I/ Les causes de mal-être :

- causes extérieures au lycée
- causes inhérentes à la scolarisation

II/ Les signes de mal-être chez les jeunes

III/ Le rôle des professionnels :

- Quelle attitude adopter face à la détresse d'un adolescent?
- Relais d'aide à l'intérieur du lycée
- Relais d'aide à l'extérieur du lycée

ANNEXE IV

GRILLE D'ENTRETIEN

POUR LES ADOLESCENTS

Présentation : “ Je suis un médecin scolaire stagiaire, dans le cadre de ma formation initiale je dois rédiger un mémoire professionnel. J'ai choisi de travailler sur le mal-être des adolescents. Accepteriez-vous de répondre à quelques questions? ”

I/ Qu'est-ce qui fait qu'un adolescent n'aille pas bien?

II/ A quoi peut-on voir qu'un adolescent ne va pas bien?

III/ Que peut-on faire pour aider un adolescent qui ne va pas bien?

Relance :

- Qu'aimeriez-vous trouver dans l'établissement pour vous aider à mieux faire face à vos difficultés?

ANNEXE V

GRILLE D'ANALYSE D'ENTRETIEN AVEC LES ADOLESCENTS

I/ Causes de mal-être chez les adolescents?

II/ Signes de mal-être chez les adolescents

II/ Où trouver de l'aide :

- à l'intérieur du lycée
- à l'extérieur du lycée

ANNEXE VI

PROJET “ L’HEURE DE BLUES ”

Textes de présentation du projet dans le lycée :

“ Dire, parler, quand tout va mal au plus profond de soi, c’est déjà guérir un peu.

Vous pouvez rencontrer des adultes du lycée.

Ils sont à l’écoute, mais ne sont pas des magiciens

ni des assistants sociaux

ni des psychologues.

Ils se proposent uniquement d’être des “réceptacles” sous le couvert de l’anonymat et du secret. ”

* *
*

“ Ici tu peux parler, un adulte est là pour t’écouter. Il ne peut et ne veut en aucun cas résoudre à ta place ton ou tes problèmes. Mais bien formuler un problème, c’est déjà le résoudre à moitié ”

* *
*

“ Tu as le blues? Envie de le dire à quelqu’un? Il y a maintenant des “heures du blues” au lycée Jean PERRIN.

Ce sont des adultes qui t’accueilleront et t’écouteront si tu as envie d’exprimer ton malaise comme on exprime un citron.

Profites-en ! ”

* *
*

Code de Déontologie pour les adultes participants au projet

“ On a un rôle d’écoute uniquement pour :

- permettre aux élèves de parler, dire ce qui les écrase

- aider les élèves à formuler ce qui est à l’état de subconscient

- éventuellement les aiguiller vers des associations déjà existantes : Point Jeunes, AIDES, assistantes sociales etc. ...

On ne règle pas leurs problèmes à leur place et on leur précise s’il y a ambiguïté.

On conserve l'anonymat de l'élève et on s'engage à ne pas divulguer leur problème sauf si la vie de l'élève ou celle de leurs camarades est en danger.

On accepte les élèves du lycée dans le cadre de leurs disponibilités (pas pendant les heures de cours) mais on ne vérifie pas. Si l'élève est noté absent à un cours, à charge pour lui d'assumer.

On s'interdira de prendre parti et se contentera de faciliter l'échange par une attitude bienveillante. Il s'agit seulement d'être là , et on essaiera si possible de laisser son "étiquette de fonction" au vestiaire.

On ne remplacera ni père, ni mère, ni assistante sociale, ni médecin, mais on sera seulement un adulte attentif et disponible. "

ANNEXE VII

FICHE DE PRESENTATION

DES ELEVES

Patron de la fiche demandée par un des professeurs de français à ses élèves en début d'année.

“ Pour une fiche de présentation détaillée, à la manière d'une fiche de personnage de roman... mais pour le professeur de français. Préciser que ces renseignements sont confidentiels, faits pour gagner du temps et permettre une connaissance un peu plus approfondie des élèves. Qu'il ne s'agit pas de contrôler quoi que ce soit, mais d'appréhender un peu mieux la personnalité des enseignants.

Ce qui compte, ce ne sont pas tant les renseignements objectifs que les jugements portés et les impressions ressenties.

Renseignements administratifs : nom, date de naissance, adresse, classe actuelle, classe de l'année précédente, etc...

Le passé

- *Origines sociales et géographiques (parents et grands-parents)*
- *parcours scolaires à récapituler : années difficiles, moments cruciaux...*
- *travail?*
- *événements marquants, Personnes marquantes?*
- *jugement d'ensemble de son passé? (Tendance à le regretter ou à l'oublier?)*

Le présent

- le cadre de vie : habitat (du plus large au plus restreint : ville ou campagne, quartier? Maison ou appartement, chambre partagée ou non, confort...) apprécié ou détesté?

- l'entourage : qui? Famille? Amis? Animaux? Personnes appréciées ou non... relations en général? Quel environnement affectif?

- les conditions de travail :

matériellement : argent suffisant? Place pour travailler? Matériel à disposition : T.V., magnéscope, ordinateur, livres, dicos, journaux... Temps disponible ? (trajets, corvées, obligations familiales ou sportives, loisirs prenants?) Dans une journée, quel temps pour soi en moyenne?

potentiel physique : santé? A quel pourcentage de forme êtes-vous? Qualité du sommeil? Problèmes courants? Handicap physique (oreilles, yeux, autres?) Rapport au corps? (sport, soins?)

caractère (potentiel psychologique) : jugement d'ensemble par les autres : bon ou mauvais? Par soi-même? Tendances : optimiste ou pessimiste (verre à demi plein ou à demi vide)? Actif ou pas? Emotif ou pas? Souple ou rigide. Sensible ou non? Passionné ou raisonnable? Extraverti ou introverti? Rapport avec les autres (faciles, recherchés, difficiles, fuis)? Principaux défauts et principales qualités (selon les autres et selon soi).

potentiel intellectuel : mémoire (auditive, visuelle, superficielle ou profonde) concentration et capacité d'attention?. Vitesse : les rythmes de travail. Volonté : motivations nécessaires? Quels atouts? Quels handicaps? Les acquis : points forts dans quels domaines? Ce que je suis capable de faire bien...

les goûts : deux colonnes : j'aime / je déteste

bilan par rapport au français

- lecture : oui ou non. Quoi? Facilités à lire ou non? Goût ou non?

- l'écriture : en dehors de l'école, oui ou non? Quoi? Facilités à écrire ou non?

Rapport à l'orthographe?

- l'oral : parlez-vous facilement à vos proches? A des inconnus? cherchez-vous vos mots? Aimez-vous parler? Entendre parler? Avez-vous déjà pris la parole en public? Comment vivez-vous les oraux d'examen?

- l'image : intérêt? Quel type d'image (télé, vidéo, jeux vidéos, images de synthèse, photos, cinéma, affiches publicitaires)?

- Jugement d'ensemble sur la matière enseignée jusqu'ici... Résultats, goûts, dégoûts... Oeuvres étudiées précédemment?

l'avenir

- réactions face au BTS?

- dans dix ans, comment vous imaginez-vous?

Divers

Ce qu'on a oublié de vous demander et que vous aimeriez que l'on sache...

ANNEXE VIII
MARQUE-PAGE
DU S.P.S.F.E.
DESTINE AUX PARENTS

MARQUE-PAGE
DU S.P.S.F.E.
DESTINE AUX ADOLESCENTS

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

BOURSIER Virginie et Al., *Module interprofessionnel, 1995, dépression et suicide*, ENSP, 1995, Avenue du Pr. Léon BERNARD - 35043 RENNES

BREUER Anne et al., *Mal-être des adolescents, étude au sein d'un lycée professionnel du Calvados*, Mémoire de Médecin de L'Education Nationale, 1998, ENSP, Avenue du Pr. Léon BERNARD - 35043 RENNES

CACAULT Marlaine, OEUVRARD Françoise, *Sociologie de l'éducation*, Paris, 1995, édition La découverte, collection Repères.

CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, *Adolescents : enquête nationale*, Paris, édition de l'INSERM, 1994/06

DAVIDSON F. et CHOQUET M., *le suicide de l'adolescent, étude épidémiologique*, Paris, ESF 1981

DEBOUT Michel, *Le suicide*, rapport du 6 juillet 1993. Jpurnal Officiel N°15 du vendredi 30 juillet 1993. Avis et rapports du Conseil Economique et Social. Etude présentée par la section des Affaires Sociales.

Direction Générale de la Santé, *Ruptures, le suicide des jeunes*, Comité français d'éducation pour la santé - 2 rue Auguste-Compte - 92170 VANVES, 1993.

DURKHEIM Emile, *Le suicide, étude de sociologie*, réédition 1990, Paris PUF, collection Quadrige.

Haut Comité de la Santé Publique, *Santé des enfants, santé des jeunes*, HCSP - 8 avenue de Ségur - 75350 Paris 07SP, juin 1997

JANVRIN Marie-Pierre, ARENES Jacques, GUILBERT Philippe, *Baromètre Santé Jeune 97/98*. CFES 2 rue Auguste Comte - B.P. 51 - 92174 Vanves.

LACOSTE O. et al., *La santé des jeunes du Nord-Pas-de-Calais : état et déterminants de la santé entre un et vingt-cinq ans*, Lille - ORS, 1997

Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie, "*Repères : conduites suicidaires*", Comité français d'éducation pour la santé - 2 rue Auguste-Compte 92170 VANVES, 3ème édition, nov. 1997.

POMMERAU Xavier, *L'adolescent suicidaire*, Paris, 1996, édition DUNOD, collection enfances - clinique

POMMERAU Xavier, *Quand l'adolescent va mal*, Paris 1997, édition J.-C. Lattès, livre de poche "j'ai lu", collection *Bien-être*

PREMUTAM, *Prévention des suicides et tentatives de suicide*, Prémutam, 255 rue Vaugirard 75719 Paris cedex 15, 1998.

REVUES ET ARTICLES

CHOQUET Marie, “Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques”, in *mt pédiatrie*, vol.1 N°4, juillet - août 1998.

COEURET-PELLICIER Mireille, “Emergence d’une priorité nationale de santé publique : l’exemple du suicide”, in *Actualité et dossier en santé publique*, n°23 juin 1998, pp.2-5.

DURKHEIM, ANDRIAN J., CHOQUET M., “La montée du suicide : oser en parler”, in *Vie Sociale*, 1991, N°1-2

FERREIRA-MARUM Pedro, “L’école mère nourricière ou machine à gaver”, in *L’observatoire - violence scolaire*, 1993 N°6, pp. 34-35, 30 rue des Augustins - 4000 LIEGE

GANTY J., “violence scolaire : délinquance en milieu scolaire et/ou sociopathie institutionnelle”, in *L’observatoire - violence scolaire*, 1993 N°6, pp. 24-33, 30 rue des Augustins - 4000 LIEGE

JEAMMET Ph. et col., “Conduites suicidaires à l’adolescence”, *Monographie de la Revue du Praticien*, N° 13, Volume 48, 1er septembre 1998, pp. 1405-1445.

LE BRETON David, “Fabrication individuelle de sens et jeux avec la mort : les jeunes générations”, in *La solitude et l’isolement, la structuration de nouveaux liens sociaux - Revue internationale d’action communautaire*, 1993, 26/29, pp. 125-130, Ecole de service social - Université de Montréal - C.P. 6128 - succ. A - Montréal - Québec - CANADA H3C 3J7

PAIN Jacques, “Les violences en milieu scolaire : du concept à la prévention”, in *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1er trimestre 1994, N°15, IHESI - 19 rue Pecllet - 75015 Paris.

PETERS Paula, “La médiation scolaire, gestion des conflits”, in *L’observatoire - violence scolaire*, 1993 N°6, pp. 38-42, 30 rue des Augustins - 4000 LIEGE

SURAUULT Pierre, “Variations sur les variations du suicide en France”, in *Population*, 1995, N° : 4 - 5, pp. 983 - 1012

THOMAS Louis Vincent, “A propos du suicide, le point de vue du thanatologue”, in *La Revue Agora : Ethique Médecine Société*, 1990/06, N° : 14--15, pp. 11-20

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

“Sortie de Secours”, Marie DESMEUZES, 1994, 53 mn. Ministère de L’Education Nationale - Direction des Lycées et Collèges - 110 rue de Grenelle - 75007 Paris.

“ C’est du de trouver les mots ” G. GONNET, 1996, 45 mn. Cathode Vidéo : B.P. 29 - 2 rue Bâ eldieu - 95501 PANTIN Cedex.

OUVRAGES GENERAUX DE SOCIOLOGIE

SINGLY (de) François, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, édition NATHAN-UNIVERSITE, collection 128 - sociologie, Paris 1992.

BLANCHET Alain et GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*, édition NATHAN-UNIVERSITE, collection 128 - sociologie, Paris, 1992.

CIRCULAIRE :

Missions du médecin de l'Education Nationale : circulaire n°91 148 du 24 juin 1991