

Ecole Nationale de la Santé Publique

Formation : Médecin de l'Education Nationale

Date du Jury : 8 juillet 1999

Le Médecin de l'Education nationale
et la prévention des tentatives de suicide
de l'adolescent :

Etude de l'impact des documents élaborés
par un groupe de travail seine et marnais

Dr Christine VINAS-WALFISCH

Je remercie

Renée Doustens

le docteur Brigitte Tastet

le docteur Geneviève Connault-Levaï

le docteur Josiane Carvalho

pour les conseils et les encouragements qu'elles m'ont prodigués.

Je remercie tous ceux et celles que j'ai interrogés pour ce mémoire.

La présence d'un groupe chaleureux de collègues au sein de l'E.N.S.P. m'a été précieuse.

Je tiens à exprimer ici toute ma reconnaissance à ma famille, qui m'a soutenue durant une année difficile : un grand merci à Jean-Jacques, Yoram et Danièle !

Mes pensées vont vers

Carole, Florence, Magalie et Jean-Michel.

LE MAL DE VIVRE

Ca ne prévient pas, ça arrive, ça vient de loin
Ca s'est traîné de rive en rive, la gueule en coin
Et puis un matin au réveil, c'est presque rien
Mais c'est là, ça vous ensommeille, au creux des reins
Le mal de vivre, le mal de vivre
Qu'il faut bien vivre vaille que vaille
On peut le mettre en bandoulière ou comme un bijou à la main
Comme une fleur en boutonnière ou juste à la pointe du sein
C'est pas forcément la misère, c'est pas Valmy, c'est pas Verdun
Mais c'est les larmes aux paupières au jour qui meurt au jour qui vient
Le mal de vivre, le mal de vivre
Que l'on doit vivre vaille que vivre
Qu'on soit de Rome ou d'Amérique, qu'on soit de Londres ou de Pékin
Qu'on soit d'Asie ou bien d'Afrique ou de la porte Saint-Martin
On fait tous la même prière, on fait tous le même chemin
Qu'il est long quand il faut le faire avec son mal au creux des reins
Ils ont beau vouloir nous comprendre ceux qui nous viennent les mains nues
Nous ne pouvons pas les entendre, on ne peut pas, on n'en peut plus
Alors, seul dans le silence d'une nuit qui n'en finit plus
Voilà que soudain on y pense à ceux qui n'en sont pas rev'nus
Du mal de vivre, du mal de vivre
Qu'il devaient vivre vaille que vivre
Et sans prévenir ça arrive,
Ca vient de loin, ça s'est prom'né de rive en rive,
De rive en coin
Et puis un matin au réveil, c'est presque rien
Mais c'est là, ça vous émerveille, au creux des reins
La joie de vivre,
La joie de vivre
Oh !viens la vivre,
Ta joie de vivre

BARBARA

SOMMAIRE

Glossaire

Introduction 1

Première partie : présentation générale de la problématique

I. Précisions sur l'usage des mots	2
II. Approche du suicide par les historiens et les sociologues	3
III. Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide de l'adolescent	5
IV. L'éclairage des sciences du psychisme	8
V. La prévention des tentatives de suicides de l'adolescent	11

Deuxième partie : l'impact des documents du groupe de travail seine-et-marnais et le rôle du M.E.N. dans cette problématique

I. La Seine-et-Marne	14
II. Le groupe de travail “ prévention des conduites suicidaires ”	15
III. Entretiens avec des acteurs de terrain	20
IV. Analyses et pistes de travail	31
IV.1. L'abord de la problématique par mes différents interlocuteurs	31
IV.2. L'établissement secondaire envisagé comme un lieu de vie sociale	32
IV.3. La collaboration entre personnel de direction et personnel médical	32
IV.4. L'impact des documents élaborés par le groupe de travail	33
IV.5. Le rôle du M.E.N. dans la prévention de la tentative de suicide de l'adolescent	37
a) le travail centré sur une personne	
38	
• en relation duelle	
• en fonctionnement d'équipe et en partenariat	
b) le travail centré sur la communauté éducative	
42	
IV.6. Pistes de travail	44

Conclusion 50

Bibliographie

Annexes	numéros 1 et 2 : protocoles élaborés par le groupe de travail
	numéros 3, 4 et 5 : grilles d'entretien

GLOSSAIRE

A.N.A.E.S.	agence nationale d'accréditation et d'évaluation
C.C.P.E.	commission de circonscription préélémentaire
C.E.S.C.	comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
C.F.E.S.	comité français d'éducation pour la santé
C.P.A.M.	caisse primaire d'assurance maladie
C.N.A.M.	caisse nationale d'assurance maladie
C.M.P.	centre médico-psychologique
C.M.P.P.	centre médico-psycho-pédagogique
C.P.E.	conseiller principal d'éducation
C.O.P.	conseiller d'orientation - psychologue
G.E.P.S.	groupe d'étude et de prévention du suicide
I.U.F.M.	institut universitaire de formation des maîtres
M.E.N.	médecin de l'Education Nationale
M.A.F.P.E.N.	mission académique de formation des personnels de l'Education Nationale
O.M.S.	organisation mondiale de la santé
R.A.S.E.D.	réseau d'aide et de soutien aux enfants en difficulté
S.E.P.I.A.	suicide écoute prévention auprès des adolescents
S.P.S.F.E.	service de promotion de la santé en faveur des élèves
T.S.	tentative de suicide
Z.E.P.	zone d'éducation prioritaire

INTRODUCTION

Bien que la mort par suicide chez les jeunes de moins de 25 ans soit relativement rare (810 décès en 1990), elle n'en constitue pas moins la deuxième cause de mortalité dans cette population, après les accidents. De plus, la mort d'un jeune choque toujours, reste difficilement compréhensible et accuse la société. Mais **ce sont surtout les tentatives de suicide qui caractérisent les jeunes et les adolescents**. On les estime à **40 000 par an** soit près de la moitié de l'ensemble des tentatives.

C'est le cinq février 1998 que Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé a lancé un **plan triennal de prévention du suicide**, souhaitant même en faire la grande cause nationale de l'année 1999 (21).

En Seine-et-Marne s'est constitué en 1996 un **groupe de travail "prévention des conduites suicidaires"** réunissant des médecins, des infirmières et des assistantes sociales de l'Education Nationale. Leur réflexion et les rencontres avec les services prenant en charge les jeunes suicidants les a amenés à rédiger un certain nombre de documents, qui ont ensuite été adressés à l'ensemble des médecins, infirmières, assistantes sociales et chefs d'établissement du département.

La première partie de ce mémoire abordera la problématique générale de la tentative de suicide de l'adolescent, de sa prise en charge et de sa prévention. La seconde partie présentera d'abord la genèse et les productions du groupe de travail seine-et-marnais. Puis j'y rapporterai les entretiens réalisés auprès de douze professionnels de terrain : des médecins et des infirmières de l'Education Nationale, ainsi que des chefs d'établissement secondaires. Ces entretiens seront ensuite analysés afin à la fois de mesurer l'impact des documents produits par le groupe de travail, de cerner le rôle du médecin de l'Education Nationale dans la prévention de la tentative de suicide de l'adolescent et d'en tirer quelques propositions et pistes de travail.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Je présenterai l'approche des sociologues, des épidémiologistes et des spécialistes du psychisme, ainsi que les grandes lignes guidant la prévention sur ce thème.

I. PRECISIONS SUR L'USAGE DES MOTS

Le terme de **suicide** est réservé à l'acte de se donner la mort. Tous les auteurs écartent désormais l'expression de suicide “réussi” car cet adjectif est trop paradoxal. Certains utilisent les qualifications de suicide abouti, ou encore consommé, d'autres de suicide fatal. Personnellement, je récusé l'adjectif “abouti”, car il suppose une intention de mort qui, on le verra, a pu éventuellement être absente. L'adjectif “**fatal**” me convient d'autant plus qu'il fait référence, en plus de son allusion à la mort, au “*fatum*”, c'est-à-dire au destin, voire au hasard.

Le terme de **tentative de suicide** (TS) est encore utilisé par la majorité des auteurs et je l'utiliserai donc ici. Mais notons que l'O.M.S.(organisation mondiale de la santé) propose de le remplacer par “parasuicide”, qui tend à éliminer la référence à l'intentionnalité et désigne toute conduite autoagressive, même si les moyens utilisés semblaient ne pas pouvoir entraîner le décès.

Un **suicidé** est une personne décédée par suicide ; un **suicidant** est une personne ayant fait une tentative de suicide(on parle aussi de **conduite suicidaire**) ; un **sujet suicidaire** est un individu qui exprime un désir de passer à l'acte ; mais, comme le souligne **Xavier Pommereau** (15), “**L'idéation suicidaire** à l'adolescence doit être distinguée des préoccupations plus ou moins morbides qui répondent aux interrogations existentielles caractéristiques de cette période de la vie. Penser la mort est nécessaire et structurant à cet âge qui est celui du deuil de l'enfance et des images parentales révolues.”

Quant au mot “**récidive**”, il est hélas issu du vocabulaire de la justice. Les mots “*répétition*” (vocabulaire neutre) ou “*rechute*” (vocabulaire médical) seraient plus appropriés, mais l'usage ne s'en est pas répandu, concernant les conduites suicidaires.

II. APPROCHE DU SUICIDE PAR LES HISTORIENS ET LES SOCIOLOGUES

Je rappellerai ce qu'a écrit **Georges Minois**(20), spécialiste de l'histoire des mentalités. " Le suicide est un tabou social persistant au cours des siècles. "

Il a longtemps été admis, explique-t-il, que l'hostilité à l'égard du suicide datait de l'avènement du christianisme, alors que cet acte était librement pratiqué dans l'Antiquité. Les historiens sont aujourd'hui plus réservés sur ce point. Ce qui prédominait en fait, c'est la variété des attitudes, aussi bien du point de vue philosophique que juridique. C'est saint Augustin, vers 400, qui fixe définitivement la position chrétienne sur ce sujet : le meurtre de soi est le pire des crimes, car il est le refus du don divin par excellence, celui de la vie. Les sanctions seront à la fois religieuses et temporelles, mais on se suicide finalement au Moyen Age dans toutes les catégories sociales. Un historien a même montré qu'à l'époque les hommes se tuent trois fois plus que les femmes et que la pendaison est le moyen le plus utilisé, ce qui est étrangement semblable aux pratiques du XX^e siècle.

A la Renaissance, une contestation nuancée de l'interdit chrétien se fait jour. Entre 1580 et 1620, une quantité impressionnante d'œuvres littéraires aborde le problème, notamment en Angleterre ; c'est en 1600 qu'Hamlet s'interroge : " Etre ou ne pas être, voilà la question ". L'explication du suicide apparue chez les lettrés au XVII^e siècle est celle de la mélancolie, terme vague qui désigne à la fois une affection spirituelle et une forme douce de folie.

Au XVIII^e siècle, pour les défenseurs de la tradition et de la religion, la montée du suicide est due au progrès de l'esprit philosophique, qui détruit les valeurs sacrées et les fondements de la morale. L'examen des écrits des philosophes montre qu'en fait, ils sont surtout embarrassés par le problème du suicide, qui les trouble profondément. Loin d'en faire l'apologie, ils cherchent à en comprendre les causes, qu'ils attribuent essentiellement aux injustices sociales et politiques, responsables de la misère et du désespoir des classes populaires. C'est en 1774 que Goethe publie *Les souffrances du jeune Werther* (9), expression d'un climat culturel auquel il donne une forme esthétique. S'il s'en est suivi une vague de suicides chez les jeunes, toutefois le nombre de suicides romantiques et philosophiques est infime en comparaison des milliers de morts volontaires prosaïques et anonymes que comptent les campagnes et, de plus en plus, les villes, où commencent à s'entasser les prolétaires. En 1782, le taux de suicide à Paris est situé entre 18 et 25 pour 100 000 habitants, comparable au taux actuel de 21 pour

100 000 en 1990. Si la Révolution dépénalise le suicide, elle ne l'approuve pas pour autant : le citoyen doit conserver sa vie pour la patrie.

Avec le XIX^e siècle, le suicide devient objet d'étude pour les nouvelles sciences : psychologie, psychiatrie, sociologie. Nous entrons dans l'ère de la statistique, les différences nationales apparaissent. L'augmentation globale des taux au cours du XIX^e siècle est attribuée aux effets désagréateurs de la révolution industrielle : affaiblissement des liens traditionnels, de la religion, émancipation de l'individu, dont l'isolement est croissant, importance des fluctuations économiques, misère ouvrière. Pour l'ensemble de la France, le nombre annuel moyen de suicides augmente de 70% entre 1826 et 1845. L'Eglise durcit sa position ; les moralistes laïcs ajoutent leurs anathèmes. La médecine contribue à faire du suicide une “ maladie honteuse ”, due à une faiblesse d'esprit, contre laquelle elle prône un “ traitement moral ”, à base de punitions.

A partir du début du XX^e siècle, des études d'esprit plus scientifique apparaissent. En 1897, **Emile Durkheim** (6) publie sa grande étude sociologique sur *Le suicide*, dont les conclusions, bien que contestées, gardent une force explicative remarquable. Le suicide a pour lui des causes avant tout sociales, qui permettent de distinguer trois catégories : suicide altruiste, dans les sociétés pratiquant un degré d'intégration excessif, suicide égoïste, qui touche les individus les moins intégrés dans leur groupe, suicide anémique, dû au dérèglement des mécanismes sociaux. De grands axes explicatifs sont apportés par les réflexions basées sur la psychanalyse, à partir de Sigmund Freud et tout au long du XX^e siècle. Il faut aussi évoquer les travaux du sociologue Jean Baechler (1) qui publia *Les Suicides* en 1975. Pour lui, d'après G. Minois, “ la mort volontaire ne doit pas s'étudier à partir de statistiques mais à partir des cas individuels. ”

Notons qu'au XX^e siècle et dans nos sociétés, **le suicide reste un tabou**. Pour le législateur, il perturbe l'ordre social et sape la confiance en elle-même de la société : prenons-en pour exemple l'interdiction en France en 1987 de la brochure *Suicide, mode d'emploi*, et l'adoption d'une loi réprimant les écrits favorables à la mort volontaire et à l'euthanasie.

Ce détour par l'histoire et la sociologie avait pour but de mettre en lumière cette réalité : **aucun discours sur le suicide n'est réellement neutre**, il porte en lui une passion secrète, qu'on aborde ce problème à partir du versant sociologique ou, on le verra plus loin, du versant psychologique.

III.EPIDEMIOLOGIE DES SUICIDES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE DE L'ADOLESCENT

III.1.Evolution du taux de suicide en France

Si la gravité du geste nous affecte à juste titre puisqu'elle concerne un être à l'aube de sa vie d'adulte, il faut cependant regarder la réalité des chiffres présentés par les études épidémiologiques. Le sociologue **Pierre Surault** (21) nous en rappelle quelques-uns dans un article, paru en 1995, portant sur **les variations du taux de suicide en France de 1950 à 1990**. Rappelons que cette étude ne s'intéresse pas aux tentatives de suicide.

Il note bien que “ l'augmentation de la fin des années 1970 et de la première moitié des années 1980 a concerné, à des degrés divers, tous les groupes d'âges, et il en a été de même du renversement de tendance qui a suivi ”. Il signale qu'“on peut effectivement parler d'une augmentation particulièrement importante du suicide des jeunes gens de moins de 25 ans depuis le début des années 1960 (mais pas des jeunes filles) , alors que, si on se réfère au milieu des années 1970, début de la hausse générale des suicides, on insistera plutôt sur la relativement faible progression du suicide des jeunes et plus particulièrement des 15-19ans. ” L'importance accordée au suicide des jeunes, s'appuie sur le constat que le suicide est devenu la deuxième cause de décès chez les personnes de 15 à 24 ans (après les accidents) :en fait, cette cause voit son poids dans la mortalité générale augmenter, dans la mesure où la mortalité pour pratiquement toutes les autres causes est en diminution constante . Par exemple, **pour les hommes de 15 à 24 ans, le taux de mortalité par suicide était le même en 1990 qu'en 1978 (14 pour 100 000) mais il a vu son poids dans le taux toutes causes (en diminution de 20 %) passer de 9,8 à 12,2%.**

Il conclut ce chapitre sur le suicide des jeunes en indiquant que “ ces données mettent en évidence la **nécessité de relativiser les informations** mais aussi le caractère irréductible du suicide à la diminution générale de la mortalité et plus particulièrement aux progrès de la médecine et de la prévention . ”

III.2. Etudes épidémiologiques françaises des tentatives de suicide

III.2.1. Françoise Davidson et Marie Choquet (4), chercheuses à l'I.N.S.E.R.M., ont réalisé des recherches pluridisciplinaires qu'elles présentent dans **Le suicide de l'adolescent** (1982)

***Etude des moyens utilisés pour les tentatives de suicide**

Ces moyens sont analysés en observant 3422 tentatives de suicide (ayant entraîné une hospitalisation) dans trois régions françaises, en 1973 : dans les tentatives, comme pour les suicides, les moyens non traumatisants sont plus utilisés par les femmes et par les jeunes

***Caractéristiques des adolescents suicidaires**

Les auteurs ont étudié une population de 537 jeunes représentant la totalité des adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide à Lyon et Strasbourg, durant un an. L'échantillon comporte une **majorité de filles** : 76,7% contre 23,3% de garçons, répartition assez habituelle des tentatives de suicide entre les deux sexes.

Elles décrivent successivement les individus eux-mêmes, leur environnement, leur histoire et font les constatations suivantes : “ Le groupe des adolescents suicidant diffère, de manière significative, d'un échantillon représentatif de jeunes du même âge, par un certain nombre de “facteurs de risque”. Les uns se situent dans l'environnement familial : antécédents d'alcoolisme, de suicide ou de maladie mentale, dissociation familiale, relations interpersonnelles perturbées ou carencielles. D'autres se situent dans le champ de la personnalité de chacun et sont ou non corrélés aux premiers : troubles du caractère et du comportement, difficultés scolaires, sentiments d'ennui, d'insatisfaction, de mésestime, absence de dynamisme et de ténacité. D'autres, enfin exigent l'intervention d'un observateur extérieur ”: c'est avec prudence que les auteurs indiquent “ qu'un tiers des sujets ont été considérés comme indemnes de pathologie psychiatrique, que des “ troubles réactionnels et situationnels ” ont été signalés dans 11% des cas, mais que 56% des sujets ont paru présenter des symptômes psychiatriques (personnalités pathologiques : 19%, états dépressifs : 11%, psychoses : 8%). (...)Mettre en évidence ces facteurs de risque n'explique d'ailleurs pas le passage à l'acte suicidaire. Aucun d'eux n'est pathognomonique d'une telle conduite. Ces analyses ont aussi démontré que **le suicide de l'adolescent ne survient que rarement comme un orage dans un ciel serein.** ”

***Etude des récides**

Les différentes études des auteurs ont mis en évidence la **répétition de l'acte suicidaire dans plus de 30% des cas**. Le risque de récide est considéré comme **maximum dans les premiers mois** suivant la première tentative puis il se maintient en plateau dans les deux années suivantes. Par ailleurs, on sait que la mortalité des suicidants récidivants est importante, et que le pronostic global mental et social est également beaucoup plus réservé après plusieurs tentatives de suicide.

III.2.2. Dans Adolescents, enquête Nationale (3) publié en 1994, **M. Choquet et Sylvie Ledoux** ont étudié, par auto questionnaire les caractéristiques, sur le plan de la santé, de 12391 jeunes scolarisés âgés de 11 à 20 ans. Concernant les jeunes qui signalent avoir déjà fait une tentative de suicide (6,5% de la totalité), elles font les constatations suivantes : “ Les jeunes suicidant se caractérisent par leur vie familiale, scolaire et personnelle et par une grande violence (violence subie, violence agie sur soi et sur les autres), associée à une dépréciation familiale, scolaire et personnelle. Ces facteurs personnels sont très prépondérants, alors que les variables sociales n'apparaissent qu'au second plan ”.

III.3. Etudes épidémiologiques récentes en Europe et aux U.S.A.

Il s'agit des résultats présentés par **Ladame, Ottino et Pawlak** dans Adolescence et suicide (12). Ces recherches ont eu lieu dans trois directions principales :

- Recueil de données chiffrées sur les comportements suicidaires dans 16 centres de 13 pays européens :

Les taux de tentative de suicide chez les jeunes sont extrêmement variables dans les différents pays d'Europe. Si l'on compare les chiffres actuels avec les tendances des années 70, on constate un certain fléchissement dans la majorité de ces pays. Par contre, le taux de récide semble être en augmentation. Pour les variables socio-démographiques, on note qu'un pourcentage significatif d'individus effectuent une tentative de suicide **après une modification de leurs conditions de vie** et notamment de la composition de la cellule familiale.

•Facteurs prédictifs des récidives :

Etant donné la fréquence des récidives à court terme, une tentative de suicide est à elle seule le facteur prédictif le plus net d'une tentative future. Cet élément suffit à souligner, pour C. Pawlak, **l'importance qu'il y a de savoir reconnaître les tentatives de suicide.**

•Facteurs de risques psychosociaux :

La comorbidité est le maître mot de l'épidémiologie actuelle. En effet, différentes études aboutissent à des conclusions très proches. Celle de Garnefski et Diekstra en Allemagne en 1993 montre que, plus que la nature d'un problème, c'est **l'accumulation de problèmes** (émotionnels, comportementaux, cognitifs) qui est importante dans une histoire de comportements suicidaires.

IV. L'ECLAIRAGE DES SCIENCES DU PSYCHISME

Sur un sujet aussi chargé d'angoisse et de mystère, bien des auteurs, et non des moindres, se sont penchés. Je résumerai les réflexions concernant quelques questions essentielles.

IV.1. Quelle part attribuer à la psychopathologie dans la genèse des conduites suicidaires à l'adolescence ?

Xavier Pommereau, dans *L'adolescent suicidaire* (15), en 1996, en fait ce résumé :

“ Chez les professionnels de santé mentale, plusieurs points font aujourd'hui l'unanimité. En premier lieu, **toute tentative de suicide est un acte pathologique**, en ce sens qu'il traduit toujours une souffrance psychique qui demande à être reconnue et, si possible, apaisée. En second lieu, l'acte suicidaire à l'adolescence peut marquer le début d'une affection psychiatrique évolutive (psychose, troubles cycliques de l'humeur) dont le pronostic sera d'autant plus favorable que le sujet aura pu bénéficier d'une prise en charge spécialisée précoce. Enfin, **l'adolescence est une période de transition** au cours de laquelle certains troubles peuvent se manifester (et nécessiter un traitement spécifique), sans qu'ils correspondent nécessairement à des structurations pathologiques fixées.(...) On ne peut toutefois passer sous silence une question qui continue à susciter des controverses en milieu spécialisé : l'importance du lien de cause à effet établi entre maladie mentale et comportement suicidaire à l'adolescence. ”

La majorité des auteurs admettent en effet qu'à l'adolescence les tableaux dépressifs ont des présentations inhabituelles, en comparaison des descriptions plus connues de la psychopathologie adulte classique. X.Pommereau préfère parler de **vulnérabilité psychique**.

Quoiqu'il en soit, même en présence d'affections mentales définies, **Philippe Jeammet** et **Elisabeth Birot** (1994) (11) soulignent que "comme tous les troubles du comportement, **la conduite suicidaire est transnosographique**. La recherche d'un diagnostic psychiatrique est indispensable car elle donne le contexte, conditionne pour une part le pronostic, indique les éléments sur lequel le thérapeute peut ou ne peut pas s'appuyer, mais elle est en fait ce qu'il y a de moins spécifique à l'acte suicidaire."

IV.2. L'adolescent suicidant désire-t-il sa propre mort ?

En 1917, **Sigmund Freud**, dans *Deuil et mélancolie* (8), donne sa première explication du suicide comme une forme d'autopunition, un désir de mort dirigé contre autrui (il s'agit en fait de se tuer pour ne pas tuer l'autre). Puis, en 1920, il introduit le concept très discuté de pulsion de mort.

Pour reprendre **Pommereau** (15) "la majorité d'entre eux ne savent pas s'ils cherchent la mort ou l'oubli. **C'est la souffrance qui leur est insupportable** et le passage à l'acte est un moyen de l'apaiser."

Pour **Philippe Jeammet**(12) "Dans le suicide, l'apparente volonté destructrice concerne toujours le sujet et son corps ;mais le corps en changement de l'adolescent est toujours vécu comme un corps, au moins en partie, étranger."

Notons que pour nombre d'auteurs, certaines tentatives de suicide, surtout chez les garçons, s'apparentent, comme d'autres conduites à risque, à des conduites "ordaliques", voire à des rites de passage : c'est le fait de risquer sa vie pour s'éprouver soi-même, et de laisser le "destin" décider de l'issue de sa conduite.

IV.3. La tentative de suicide est-elle un appel ?

Daniel Marcelli et **Alain Braconnier** (2), pour ne citer qu'eux (mais tous les auteurs sont unanimes sur cette question), s'expriment ainsi sur le sujet : "Par la pression sur autrui qu'implique le geste suicidaire, par la réponse de l'adulte qu'en attend l'adolescent, la tentative de suicide doit être comprise comme un geste ultime et parfois désespéré de maintenir ou de rétablir une relation aux autres, souvent malmenée jusque-là. La question de

la réponse à la tentative de suicide est ainsi posée, avec son corollaire, toujours angoissant pour le thérapeute, du difficile problème des récidives. ”

Ajoutons que, contrairement à une idée fort répandue dans le public, avant de passer à l’acte la majorité des suicidant avaient évoqué ce projet à leur entourage, par des paroles ou par des gestes, qui n’ont pas alors été compris.

IV. 4. Faut-il s’inquiéter de toute tentative de suicide ?

Nous écouterons à nouveau **X. Pommereau** (15) : “ Dans les TS par ingestion, les substances employées, dont la toxicité est souvent très faible en soi, représentent pour certains un élément en faveur de l’inauthenticité du geste ou de la faiblesse de la volonté de mort supposée être à son origine. Dès lors, la faillite affective et la détresse du sujet ne sont plus envisagées comme **l’expression d’une souffrance véritable**.(...)Quand la gravité physique de l’acte apparaît minime et que la TS est adressée à un proche parfaitement identifié, certains parlent de “ chantage affectif ” ”.

IV. 5. Quelle prise en charge de l’adolescent suicidant ? (et notamment, quel est l’intérêt de l’hospitalisation ?)

Selon **X. Pommereau** (15), “ on estime à au moins 30% la proportion des tentatives de suicide ne conduisant pas à une hospitalisation . Un certain nombre de ces passages à l’acte sont tout simplement passés inaperçus. Mais pour ceux qui ont été identifiés, la banalisation, le déni ou la crainte d’une dramatisation exagérée sont en grande partie responsables de cet évitement. Qu’on le veuille ou non, le message adressé au sujet est le suivant : “ Pour nous, il ne s’est rien passé. ” **Cette négation de l’acte suicidaire est_malheureusement source de récidives**, car elle oblige certains adolescents en détresse à réitérer leur geste avec plus de violence pour que leur souffrance soit entendue.(...)L’hospitalisation en première intention du patient, a ceci de cohérent qu’elle permet de répondre à un désir de rupture qui demande non seulement à être reconnu et géré par un tiers extérieur, mais qui doit être contenu et évalué hors du territoire familial.(...)Nous envisageons l’hospitalisation comme un temps susceptible de permettre à l’adolescent de s’interroger sur le sens de son acte. ”

L’auteur aborde alors son expérience d’une “ unité médico-psychologique de l’adolescent et du jeune adulte ”, créée en 1992. De telles structures, voire même des services de médecine d’adolescent, sont malheureusement encore rarissimes en France, alors que pourtant deux circulaires du ministère de la santé (24 et 25) préconisent la création de tels services.

Quant au suivi ultérieur par un psychothérapeute, Pommereau (15) souligne qu'un patient sur dix seulement se rendra effectivement au rendez-vous proposé, faute d'en avoir compris le sens.

V. LA PREVENTION DES TENTATIVES DE SUICIDE

V.1. La prévention primaire : le repérage des signes d'alerte

Je désire citer ici l'avis du Dr **Alvin**, rejoint en cela par le Pr **Marcelli** interrogés dans *Repères - conduites suicidaires* (13) : “ Selon moi, la prévention primaire est utopique en tant que prévention des fragilités mentales des adolescents ”.

Le Haut Comité de Santé Publique (10) parmi ses préconisations en 1994, précisait bien cependant : “ Afin d'éviter les phénomènes de contagion, il convient de ne pas entreprendre de campagnes “ grand public ”. En revanche, **des informations ciblées peuvent être fournies à différentes professions dans le cadre de leur formation.** ”

Michel Debout (5) dans *Le suicide* (1996), écrit : “ La **médecine scolaire a donc un rôle primordial** à jouer en matière de “ repérage ” des jeunes à risque et de suivi ou d'orientation de ceux qui ont déjà tenté de se suicider pour peu qu'elle dispose des moyens et de la **formation** indispensables. Mais au-delà et en complément de la médecine scolaire, ce sont tous les acteurs de l'école qui sont concernés et dans la sensibilisation au phénomène du suicide et dans le repérage des jeunes à risque, que ce dernier s'exprime à travers une tentative de suicide ou toute autre conduite dangereuse. Enseignants, conseillers d'éducation, infirmières et assistantes sociales des établissements (lorsqu'elles existent) et plus généralement **l'ensemble des adultes qui gravitent dans ce milieu, devraient être formés aux difficultés de l'adolescence et au repérage des signaux d'appel.** ”

L'O.M.S., dans son rapport de 1994 *La santé des jeunes* (14), cite l'exemple du Programme de prévention de Cedarburg (U.S.A.) qui “ comprend des dispositions pour que des spécialistes puissent parler du suicide aux enseignants dans les écoles. ”

Bonnet, Chabrol, Raynaud et Moron (18) ont conduit en 1994, dans six établissements secondaires de la région toulousaine, “ une étude auprès d'enseignants pour tenter d'analyser leurs réactions face aux comportements suicidaires des adolescents, et leur intérêt vis-à-vis d'éventuelles actions de prévention. Il ressort de ce travail que les enseignants sont peu mobilisés par ces problèmes, leurs réactions spontanées apparaissant souvent inadéquates. Il semble donc difficile de s'appuyer sur le corps enseignant dans le cadre de

programmes de prévention si ces derniers n'incluent pas une **information adaptée** concernant le suicide à l'adolescence. ”

V.2.La prévention secondaire :la prise en charge initiale des tentatives de suicide

Le Haut Comité de Santé Publique (10) préconisait en 1994 d’ “ étendre des expériences améliorant l'accueil des suicidant ” et d’ “ améliorer les conditions d'hospitalisation des adolescents et des jeunes adultes ”.

V.3.La prévention tertiaire :le suivi ultérieur

Les bilans régionaux des **Observatoires régionaux de la Santé** signalaient : “ un **besoin accru de coordination** (de l'hôpital) avec les structures médico-sociales à la sortie se fait sentir ”.

Et je citerai une dernière fois **Pommereau** (15), évoquant **le retour d'un jeune suicidant en milieu scolaire** : “Il est rare que les médecins hospitaliers ou de ville prennent contact avec leurs confrères de santé scolaire.(...)Il ne s'agit évidemment pas de ficher le sujet à son insu, ni de transmettre des informations détaillées le concernant sans obtenir son consentement. Il ne s'agit pas non plus de forcer l'intimité psychothérapique en exigeant de l'adolescent ou de son thérapeute des renseignements qui n'ont pas lieu d'être répandus hors du cadre de la relation duelle.(...) Savoir si l'adolescent est ou non en traitement est une information légitime, sans qu'il soit nécessaire d'en connaître les modalités exactes et encore moins le contenu. Il importe au médecin scolaire de pouvoir apprécier si l'intéressé est ou non en mesure de reprendre une scolarité normale. En outre, rencontrer le sujet dans les jours qui suivent son retour à l'école peut être particulièrement utile et mobilisateur. ”

V.4. Le programme national de prévention du suicide

Le **5 février 1998**, à l'occasion de la deuxième journée nationale de prévention du suicide, Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé, inaugurerait le **programme national de prévention du suicide, plan triennal** qui axera une grande partie de son travail sur les jeunes adultes et les adolescents. Il indiquait à cette occasion que “ les mesures à prendre font appel à la fois aux pouvoirs publics, aux associations et à l'ensemble du corps social ”. Il préconisait, entre autres, de “ mieux prendre en charge les adolescents à l'hôpital ”, se félicitant d'ailleurs de l'obligation faite aux établissements hospitaliers d'assurer une présence psychiatrique aux urgences. Lors de la troisième journée nationale de prévention du suicide du 5 février 1999, il

citait dans les actions mises en place au niveau local “ une dédramatisation et une prise de la parole en milieu scolaire après une tentative de suicide d’un jeune ”. Le plan triennal prévoit également que le service de santé scolaire des collèges et lycées sera chargé de **dépister les signes d’alarme** pouvant faire craindre un passage à l’acte. Il note aussi qu’il importe **d’informer les familles, les enseignants et les acteurs sociaux** pour qu’ils réagissent face au mal vivre d’autrui.

Par ailleurs, ce programme s’appuie sur les travaux réalisés par les différentes régions dans le cadre des programmes régionaux de santé, afin de créer un processus dynamique d’échange entre le niveau régional et le niveau national. Participent aussi à ce travail l’A.N.A.E.S.(agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé), le C.F.E.S.(comité français d’éducation pour la santé) et la C.N.A.M.(caisse nationale d’assurance maladie)

L’objectif de cette démarche est de présenter, en février 2000, des recommandations nationales en matière de prévention du suicide, basées sur des actions ayant prouvé leur efficacité.

Ceci souligne l’intérêt de détailler le rôle du M.E.N. dans cette prévention grâce à l’étude de l’impact des outils élaborés par un groupe de travail seine et marnais.

DEUXIEME PARTIE : L'IMPACT DES OUTILS DU GROUPE DE TRAVAIL SEINE-ET-MARNAIS ET LE ROLE DU M.E.N. DANS CETTE PROBLEMATIQUE

I. LA SEINE-ET-MARNE

La Seine-et-Marne est l'un des trois départements de l'académie de Créteil (les deux autres sont la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne). D'une superficie de 5915 km² (c'est l'un des plus vastes départements français), il comptait 1 179 794 habitants au recensement de 1995, répartis sur 514 communes. Sa population comporte **31% de jeunes de 0 à 20 ans** : il connaît en effet un notable essor démographique, car le prix des logements y est moins excessif que dans la partie ouest de l'Ile-de-france, attirant de ce fait nombre de familles ayant un travail en région parisienne. On y retrouve donc des problèmes de difficultés de transport (grossièrement, embouteillages à l'ouest du département et manque de transports en commun dans la partie restante).

Les élèves du public y sont au nombre de 260 889, répartis dans 1360 établissements scolaires, dont 115 509 élèves d'établissements secondaires. Dans le second degré, 14 collèges sont classés en Zones d'Education Prioritaire (Z.E.P.) en 1998 : ils accueillent 8814 élèves, soit 13% de l'effectif.

Le S.P.S.F.E.(service de promotion de la santé en faveur des élèves) a eu connaissance de **69 tentatives de suicide durant l'année scolaire 1997-98** (pour un total de 142 dans toute l'académie, alors que la Seine-et-Marne compte le tiers des élèves de cette académie !) : **sept adolescents en sont décédés.**

Il est à noter par ailleurs que, depuis une décennie, un certains nombres de faits divers dramatiques ont coûté la vie à des élèves seine et marnais dans des établissements scolaires ou aux abords de ceux-ci, et parmi ceux-ci deux suicides spectaculaires au sein du même établissement :ces faits semblent marquer la mémoire collective de bon nombre de responsables départementaux au sein de l'Education Nationale.

II. LE GROUPE DE TRAVAIL

“ PREVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES ”

Le groupe a été créé, en juin 1996, à l’initiative d’une quinzaine d’assistantes sociales de l’Education Nationale travaillant dans divers établissements de Seine-et-Marne (c’est une habitude du service de constituer des groupes de travail à thèmes). Celles-ci étaient préoccupées par la prise en charge et la conduite à tenir face aux adolescents suicidaires. C’est ainsi que l’assistante sociale responsable départementale évoque la nécessité de ce thème de travail : “ Nous avons eu besoin d’approfondir ce sujet, car nous nous disions : “ de quelle façon faut-il répondre à ça ? ” ;face à un jeune qui a eu une conduite suicidaire, on se sent très démuni, et également face à son entourage dans l’établissement. Ceci est encore plus difficile face à l’impact d’un suicide sur les élèves et les adultes d’un établissement, or nous avons là un rôle de soutien à jouer. ”

Lors d’une des premières séances, les assistantes sociales ont approfondi l’étude de “ l’entretien psychosocial ” du jeune. Elles ont également essayé **d’éclaircir les rôles de chacun :médecin, infirmière, assistante sociale**, confrontés à un élève ayant une conduite suicidaire dans un établissement.

Très vite est apparue l’idée que ce problème ne pourrait pas être traité sans les médecins et les infirmières du service. Le groupe a donc **été ouvert au médecin et à l’infirmière responsables départementaux, ainsi qu’à 2 médecins et 2 infirmières de terrain.**

Les **besoins** suivants ont été repérés :

- connaissance des modes de prise en charge des adolescents suicidaires par les structures de soins
- formation sur ce thème des équipes médico-sociales de l’Education Nationale
- renforcement du travail d’équipe et du partenariat :

*fonctionnement en équipe à l’Education Nationale : avec le projet de cellules d’interventions d’urgence médico-sociales (qui, de fait, ont commencé à fonctionner avant la rédaction finale des documents)

*travail en partenariat : avec les services soignants, tant pour agir au cas par cas que dans un but plus général de prévention

- soutien technique aux chefs d’établissement pour gérer ces situations d’urgence

II.1. Un premier axe de travail était donc **la rencontre de tous les services publics de soins** susceptibles de prendre en charge des adolescents suicidaires, qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de soins ambulatoires.

Dans ce but, un **questionnaire d'enquête** a été élaboré et le groupe s'est constitué en équipes géographiques, comportant toujours au moins un personnel de santé, qui ont réalisé 14 entretiens. Ces questions évoquaient les modalités d'accueil des jeunes suicidant, leur suivi et les perspectives de travail du service.

Aux dires de l'assistante sociale départementale, "il y a eu un intérêt de ces équipes soignantes de nous connaître mieux ; tous ont volontiers répondu au questionnaire ". Quant à la volonté de collaboration éventuelle entre eux et les services médico-sociaux en faveur des élèves, beaucoup ont exprimé des réticences. S'ils ont pratiquement tous été d'accord pour travailler au cas par cas sur des situations pour lesquelles on les interpellerait, quitte à intervenir au sein d'un établissement scolaire du moment que c'est à notre demande, ils n'ont pas du tout souhaité s'engager dans un partenariat plus avancé. "

A partir du questionnaire, un **annuaire** a été élaboré, à l'échelle du département, recensant les divers modes de prise en charge des adolescents suicidaires (par exemple : limites d'âge, délai de premier rendez-vous, etc.), de leur suivi, et des liaisons éventuellement envisagés par ces services de soin avec les services médico-sociaux de l'Education Nationale. Le médecin responsable départemental reconnaît que ce groupe a suscité l'occasion de créer des liens à l'échelon départemental, liens qui sont toujours encouragés à l'échelon local et qui existent quand il y a pour cela une volonté des partenaires locaux.

Les personnels soignants rencontrés étant désireux de connaître plus précisément le fonctionnement local des services médico-sociaux en faveur des élèves, il leur fut communiqué un **répertoire** de ces services, avec l'engagement à le réactualiser chaque année.

II.2. Deuxième axe de travail : apporter un conseil technique aux chefs d'établissement confrontés à un suicide ou une tentative de suicide d'élève.

Il était notamment nécessaire pour cela de formaliser les **cellules de crise**. Le besoin d'institutionnaliser un tel fonctionnement a été ressenti en septembre 1996, après la réponse apportée localement et conjointement par les 3 responsables départementales (médecin, infirmière, assistante sociale) à l'émotion soulevée par un événement dramatique (le meurtre d'un élève par un de ses camarades devant un établissement scolaire). Cette volonté est entrée, l'année suivante, en résonance avec celle du Ministère de l'Education Nationale ; en effet, la

circulaire n°97-175 du 26/08/97 intitulée “ instruction concernant les violences sexuelles ”(23) préconisait, dans un chapitre intitulé “ *l’assistance psychologique à la communauté scolaire* ” : “ la mise en place d’une *cellule d’écoute*, structure souple composée, selon les cas, de médecins scolaires, de psychologues scolaires, d’assistantes sociales et d’infirmières, de nature à répondre aux interrogations et aux craintes de la population ”.

En fait, la cellule de crise existait déjà en Seine-et-Marne, *en réponse à tout événement traumatisant la communauté scolaire*. Cette cellule fonctionnait aux deux échelons :

- d’une part à l’échelon départemental, la “ *cellule de pilotage* ” est composée de l’Inspecteur d’Académie, de son adjoint, et des responsables départementaux :médecin, infirmière, assistante sociale. Cette nécessité du fonctionnement à l’échelon départemental des cellules de crise se faisait ressentir afin, exprime le médecin responsable départemental, “ d’une part qu’il y ait une homogénéité de réponse, et d’autre part que les gens sur le terrain ne soient pas seuls alors qu’ils sont sans recul par rapport à une situation très dure affectivement ”.
- d’autre part, la mise en place du même fonctionnement à l’échelon local :la cellule est si possible composée d’un médecin (qui n’est pas obligatoirement celui affecté à l’établissement), d’une infirmière, d’une assistante sociale, du chef d’établissement et du C.P.E.(conseiller principal d’éducation) ;elle s’ouvre si besoin à des professionnels extérieurs et à des associations. Après chaque cellule de crise, il est demandé au personnel médico-social. qui y a participé d’adresser un rapport à son service.

Deux protocoles d’accord (c. f. annexes) sur la conduite à tenir face à l’urgence, dans les cas de tentative de suicide ou de suicide ont été établis, d’abord par les personnels de santé, puis discutés avec les assistantes sociales. Ces documents concis avaient un double but :d’une part, sensibiliser l’administration à quelques notions fondamentales (nécessité de prise en compte de tout geste suicidaire, importance de faire circuler la parole après un événement traumatisant dans un établissement), d’autre part rappeler au chef d’établissement l’aide que peuvent apporter des *personnes-ressources*. L’ensemble du groupe a soumis ces textes à l’appréciation de l’Inspecteur d’Académie, avant de les adresser à tous les chefs d’établissement, et pour information aux personnels médico-sociaux de l’Education Nationale.

Au total, **les documents** adressés aux personnels médico-sociaux et aux chefs d’établissement étaient les mêmes, soit :

- les deux protocoles “ conduite à tenir ”(en cas de suicide d’un élève ou en cas de tentative de suicide), reproduits en annexe ;les destinataires premiers en sont clairement les chefs d’établissement.
- un annuaire des services prenant en charge des jeunes suicidant, en consultation ou en hospitalisation . Les principaux destinataires de cet annuaire étaient bien sûr les personnels médico-sociaux de l’Education Nationale ;
- Le répertoire de tous les établissements secondaires, avec la référence de tous leurs personnels médico-sociaux, à l’exclusion des secrétaires médicales. Les premiers intéressés étaient les services de soins, mais à l’époque, un document synthétique de ce type n’existait pas encore (chaque service, médical, infirmier, social, ayant son propre répertoire) c’est pourquoi il fut également diffusé au personnel de l’Education Nationale.

II.3. Un troisième axe de travail paraissait important : **la formation** du personnel à l’abord de ces problèmes.

Pour l’année 1998-99, avec l’aide de crédits émanant de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, fut organisée une formation sur le thème : “ problématique actuelle des conduites d’essai et des conduites à risques chez les enfants de l’école élémentaire et chez les adolescents ”. Cette formation fut organisée à trois niveaux :

- départemental, mais en 2 temps :d’une part en direction de tous les médecins, infirmières et assistantes sociales, et d’autre part en direction des chefs d’établissements et des adjoints, des personnels de R.A.S.E.D.(réseau d’aide et de soutien aux enfants en difficulté), aux secrétaires de C.C.P.E.(commission de circonscription préélémentaire) et aux enseignants spécialisés
- par district et dans un second temps, les personnels de la vie scolaire, de direction, les psychologues et ré éducateurs ont travaillé sur ces thèmes avec les personnels médico-sociaux, en présence d’un spécialiste.
- enfin par établissement pour ceux qui en émettaient la demande, permettant d’ouvrir cette formation aux enseignants ou aux parents d’élèves

Pour 1999-2000, sont prévues deux autres types de formation : l’une, organisée par la M.A.F.P.E.N.(mission académique de formation des personnels de l’Education Nationale), s’intitulera “ l’accompagnement des élèves et des adultes lors d’un événement traumatique ”, durera 3 jours et s’adressera à 3 équipes (médecin, infirmière, assistante sociale) ; l’autre

s'adressera à tous les personnels du S.P.S.F.E. et du service social en faveur des élèves de Seine-et-Marne, et comportera une ou deux journées sur les thèmes du suicide, du secret professionnel et du lien parental.

Cette formation est poursuivie pour tous ces professionnels par le choix d'une quinzaine de livres, dont la liste a été établie en commun ; il a été décidé de l'achat d'un nombre suffisant pour que les professionnels de terrain puissent en bénéficier rapidement ; ces livres portent sur l'ensemble des problèmes de santé des adolescents.

Quant à l'axe de travail envisagé de “ **prévention en partenariat avec les services de soins**”, il a été **suspendu**. L'assistante sociale départementale admet : “ On s'est aperçu que c'était très difficile à mettre en place. Nous n'envisageons *rien de systématique*, mais, si un établissement était confronté à un suicide, nous ferions éventuellement appel à des intervenants extérieurs, qu'ils soient psychothérapeutes ou associatifs (association “ Vivre son deuil ”). Et le médecin responsable précise : “ il n'existe pas de possibilité de prévention primaire sur ce thème, si ce n'est dans les comportements ; la prévention, c'est en fait le travail en synergie et la sensibilisation des personnels au dépistage précoce, à la prise en compte de la problématique, à la réponse la plus cohérente et la mieux adaptée à toute problématique, y compris celle du suicide”.

Le groupe de travail a donc cessé par lui-même d'exister en juin 98. C'est à la fin de 1998 que furent envoyés l'ensemble des documents à tout le personnel.

Les trois responsables interrogées reconnaissent qu'une des premières retombées de ce groupe de travail est *l'amélioration de la coopération entre les trois services* après avoir mené ensemble cette réflexion. **Elles admettent ne pas connaître l'impact de ces “ outils ” que sont les documents auprès des personnels médical et social, auprès des chefs d'établissement** et auprès des services de soins C'est à cette appréciation qu'essaye de contribuer ce mémoire, afin de repérer plus précisément le rôle du médecin de l'Education Nationale dans la prévention des conduites suicidaires de l'adolescent. Faute de temps, cette étude n'a pas été faite en direction des personnels de soins, extérieurs à l'Education Nationale. Aucune évaluation statistique n'étant envisageable à si court terme, je me suis donc limitée à une évaluation par entretiens. J'ai interrogé d'une part des chefs d'établissement car ils étaient les premiers destinataires de ces documents, d'autre part des médecins et des infirmières. J'ai

tenu à rencontrer des infirmières car leur collaboration est étroite avec le M.E.N.. Je regrette de n'avoir pu interroger d'assistantes sociales de secteur, faute de temps.

III. ENTRETIENS AVEC DES ACTEURS DE TERRAIN

METHODOLOGIE

J'ai pratiqué des entretiens semi-directifs, dans 6 établissements secondaires différents, auprès de 4 chefs d'établissement, 4 médecins de l'Education Nationale et 4 infirmières de l'Education Nationale. (Les grilles d'entretien figurent en annexe). Ces personnels travaillent notamment dans 5 collèges dont 3 situés en Z.E.P., une Z.E.P. urbaine et deux rurales, un lycée et un lycée professionnel. Leur ancienneté dans un poste semblable est variable. Trois des infirmières ont un poste en établissement (consacrant un mi-temps ou un temps plein à celui-ci, l'une d'elles est même infirmière d'internat), une est actuellement en poste " en secteur "(c'est-à-dire rattachée à de nombreux établissements).

Deux des établissements n'ont pas été, depuis la rentrée 1998, confrontés ni à une tentative de suicide d'élève au sein de l'établissement, ni à un geste effectué au-dehors mais connu des autres élèves. Quatre autres établissements ont dû y faire face. Enfin, l'un des médecins a été interrogé car il venait d'organiser une cellule de crise dans un collège après le suicide, à son domicile, d'un élève de 4^e.

RESULTATS : Les personnels s'expriment sur la tentative de suicide

Je relaterai l'expression des personnels face au problème de la tentative de suicide, mais leurs propos concernant les documents élaborés par le groupe de travail seront rapportés dans le chapitre suivant, afin d'éviter des redites.

III.1. Le personnel médical

Les **infirmières** et les **médecins** évoquent leur rôle de façon très proche, j'en rendrai donc compte de façon conjointe; ce qui fait la nuance, c'est plutôt la formation, l'expérience, l'envie de s'impliquer ou au contraire de se mettre à distance. Cependant je n'omettrai pas de souligner les particularités liées à leurs professions ou leurs positions spécifiques.

Je relaterai leurs évocations tout d'abord de leurs représentations et connaissances, puis de leur travail concret, ensuite des difficultés rencontrées, et enfin du travail en équipe et en partenariat.

a) Quelles sont leurs représentations et connaissances ?

Celles-ci sont évoquées le plus souvent indirectement, au détour d'un récit, en choisissant certains mots.

Par exemple, j'ai relevé, de la part d'une infirmière : “ En fait, c'était une explosion, *ce n'était pas un désir de mort* en tant que telle, mais de *fuir une situation* qui était devenue trop pesante ” ; cependant un peu plus loin, parlant d'une autre élève, elle dit : “ Il y a ce *chantage* permanent : “ je me détruis si vous ne cédez pas à mes désirs ” ”.

Une autre infirmière déclare : “ c'est plutôt une *crise d'adolescence* en fait, mais elles sont en pleurs quand même ... disant qu'elles veulent se foutre en l'air ”, puis un peu plus tard : “ un jeune qui dit : “ je m'en fous ”, c'est grave parce que ce n'est pas vrai, il ne s'en fout pas, ni de lui, ni des autres ”, et encore : “ Chez les garçons, en principe, quand ils le font, c'est *pour de vrai* ”.

Les médecins ont exprimé les mêmes notions : “ je le prends au sérieux ”, “ c'est vrai que ce sont des appels ”. Ils ont la notion que la tentative de suicide à l'adolescence est une conduite fréquente, mais camouflée.

b) Comment ces professionnels évoquent-ils leur rôle face à ce problème ?

Schématiquement, ils envisagent leur travail selon *3 étapes chronologiques* :

- **Première phase possible, avant toute conduite suicidaire** : il s'agit, d'une part de *repérer* les élèves en risque d'une telle conduite, et d'autre part, de savoir quelle *réponse* leur apporter .

**Le repérage* des élèves en difficulté apparaît plus facile aux infirmières d'établissement : “ Puisque je les vois souvent, je vois si ça va ou si ça ne va pas ”, dit une infirmière de lycée professionnel qui a aussi en charge un internat, ajoutant : “ La tristesse, ça se voit ”.

Pour les infirmières dites de secteur comme pour les médecins, ce repérage paraît plus difficile.

En effet, les élèves ne sont vus, sauf cas particulier, qu'à l'occasion des “ bilans d'orientation ” en 3° et des examens d'aptitude au travail sur machines dangereuses.

Un médecin constate : “ Souvent, on sait a posteriori (qu'un élève a fait une tentative de suicide, éventuellement plusieurs années auparavant), par exemple on l'apprend lors de la visite de 3° ”. Il déclare aussi : “ les élèves ne vont pas se confier à quelqu'un comme moi qu'ils n'ont jamais vue ”. Une infirmière souligne : “ Pour se faire connaître et reconnaître, il faut être sur place. Et les gens, avant de vous connaître, ne vous lâchent pas la confiance comme ça ”.

.

*Quant à la *conduite à tenir face à cet adolescent en difficulté*, dans un premier temps, il s'agit d'une *écoute professionnelle* : “ On reçoit l'élève (on lui propose : il vient ou il ne vient pas, c'est sa liberté), en rappelant bien le lieu protégé que peut être l'infirmerie, qu'on est tenue au secret : est-ce que tu es mal dans tes baskets ? Est-ce que je peux t'aider à quelque chose ? ”, raconte une infirmière. “ Il faut une relation de confiance, surtout, sinon on ne peut rien faire de bon ”, ai-je entendu d'une autre.

“ La première étape est diagnostique, médicale : est-il en danger ? une seconde, de partenariat : qu'est-ce que je peux faire pour lui ? ”, explique un médecin.

Cette écoute en elle-même est vécue par certaines comme une prise en charge à valeur thérapeutique : “ S'ils trouvent un lieu d'écoute à un endroit donné, ils repèrent les gens capables d'écoute, et à ce moment-là, on peut en tout cas, je dirais, retarder la poussée

d'angoisse majeure, qui pourrait les porter à passer à l'acte", estime une infirmière. Au contraire, une autre récuse ce rôle : " On ne peut pas le prendre en charge, ce n'est pas notre rôle ". Un médecin s'exprime ainsi : " Je ne cherche pas spécialement à suivre les élèves, je ne me sens d'ailleurs pas armée pour ni tellement préparée à ça ". Elle ajoute d'ailleurs un peu plus tard : " Je suis pour l'incitation aux soins ".

Mais celle-ci est difficilement suivie d'effet. Par exemple, un médecin nous livre ses interrogations : " Est-ce que ce jeune va accepter ou pas de consulter ? Est-ce que la famille va accepter (j'ai affaire, la plupart du temps, à des mineurs) d'amener ce jeune en consultation ? ". Un médecin raconte avoir une fois " fait la démarche de joindre le C.M.P. (centre médicopsychologique) et de prendre rendez-vous pour une élève ... qui ne s'y est pas rendue. "

- ***Deuxième étape chronologique : la confrontation à une conduite suicidaire***

Il y a tout d'abord un grand risque à ce que celle-ci soit ne soit pas identifiée :

*niée ou bien *camouflée* par la famille (" ma fille a été absente suite à un malaise ")

**non reconnue* par les médecins, en " ville " ou à l'hôpital (" la chute du deuxième étage est un simple accident ")

*niée ou *minimisée* par le personnel d'un établissement scolaire (" l'élève s'était trompé dans la posologie d'un médicament ")

Une fois admise la réalité d'une tentative de suicide, si celle-ci a lieu au sein de l'établissement, la conduite à tenir est claire pour toutes mes interlocutrices : il faut hospitaliser, même si les conséquences physiques du geste paraissent minimes. Cependant, *plusieurs problèmes* demeurent, qui m'ont tous été évoqués au travers d'histoires vécues :

*où hospitaliser, c'est-à-dire quel est le lieu (quand il existe un choix réel) où cet adolescent sera le mieux accueilli aux urgences et le mieux pris en charge par la suite ?

*le transport s'effectuant par les services d'urgence, les parents (ou l'élève majeur) accepteront-ils ensuite l'hospitalisation ?

*si les parents en réfèrent plutôt au médecin de famille, comment les choses lui seront-elles présentées ?

- ***Troisième étape chronologique : après la tentative de suicide***

L'action s'envisage d'abord autour de l'élève. Il s'agit de préparer son retour. Médecin et infirmière décident qui va faire un suivi, une surveillance, ainsi qu'une liaison avec les thérapeutes: cela nécessite de partager des informations au sein de l'équipe médicosociale, de *se distribuer des tâches* ; de même, savoir sur qui s'appuyer parmi le personnel de l'établissement afin *d'échanger des informations* au sujet de cet élève.

Mais, comme le dit très justement un médecin interrogé, “ on ne gère pas un individu comme pourrait le faire un généraliste, mais on gère une communauté ”. Il s'agit donc de prêter attention également à toutes les retombées que peut avoir eu cette conduite suicidaire au sein de l'établissement.

Une infirmière envisage ainsi le prochain retour en classe d'un élève après son hospitalisation pour une tentative de suicide: “ je vais d'abord le recevoir afin d'avoir un discours d'accueil et aussi dans le but de créer la demande. Ensuite, je voudrais s'il est d'accord le reconduire dans sa classe et dire à ses camarades (qui sont au courant de son geste): “ voilà X. est de nouveau parmi nous, on est très contents qu'il soit là ”

- Les gestes spectaculaires sont heureusement rares, mais nécessitent la mise en place d'une cellule de crise.

J'ai rencontré un médecin qui avait assuré, 10 jours plus tôt, le fonctionnement d'une telle cellule.

En effet, le mardi soir, un élève de 4^e âgé de 14 ans s'était suicidé par balle à son domicile. Le mercredi, les élèves et des parents d'élèves habitant le même village que ce garçon prévenaient le principal, qui alertait à son tour le S.P.S.F.E.: le médecin du collège étant en stage, c'est un autre médecin du district qui est désigné (celle-ci connaît cependant bien le personnel du collège, y ayant été en poste récemment), ainsi qu'une assistante sociale. Il est à préciser que ce médecin ayant ses 3 enfants scolarisés dans cet établissement, s'est assuré, avant d'accepter cette mission, que la victime n'était pas un proche de l'un d'entre eux.

Le mercredi n'a pu, faute de temps, qu'être consacré à un contact téléphonique avec le principal, ainsi *qu'avec l'assistante sociale pour concertation*.

Le jeudi, les personnels médico-sociaux ont d'abord fait un premier *point de la situation* avec le principal, son adjointe et le C.P.E.(conseiller principal d'éducation). Puis le principal, le médecin et l'assistante sociale sont intervenus dans la classe de l'élève pour présenter le

dispositif d'aide mis en place et les personnes ressources. Ensuite, le médecin prenait *contact avec un pédopsychiatre du C.M.P.* pour lui présenter la situation et se mettre d'accord sur la possibilité de recevoir des élèves en urgence. Les élèves ont été *reçus en entretien*, soit seuls, soit par groupes de 2 ou 3, par le médecin toute la journée, et par l'assistante sociale durant la matinée. Les coordonnées du C.M.P. ont été données à plusieurs élèves et de façon systématique à ceux que les familles sont venues chercher. Les élèves, qui souvent l'ignoraient, ont été soulagés de connaître à cette occasion la *mobilisation* qui s'organisait : cahier de condoléances, dépôt de fleurs, etc. Très vite furent repérés *les problèmes qui seraient à surveiller* dans les jours suivants : par exemple, désignation d'un " bouc émissaire " en la personne de l'ex-petite amie du jeune homme. Enfin, durant l'heure du repas, ce sont des *professeurs* qui sont venus exprimer leurs angoisses et leurs interrogations.

Ce médecin raconte avoir déjà vécu une situation semblable quelques années auparavant, mais avoir à l'époque été " complètement dépassée par l'émotion " ; alors que cette fois-ci : " le fait que ce soit ce collègue-là, ça m'a bouleversée parce que j'en étais proche, mais le lendemain, je me suis sentie professionnellement capable de faire quelque chose "

c) Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Elles se situent sur plusieurs registres :

- Difficultés personnelles face à un problème lourd de **charge émotionnelle**

Celle-ci m'a été évoquée ainsi : " ça, je ne voudrais pas que ça m'arrive ", " c'est vrai que c'est un peu l'angoisse ", " des situations comme ça, c'est dur et lourd à gérer ", " c'est au feeling, ce genre de choses, on n'est jamais sûr ", " c'est important d'arriver à prendre du retrait, parce qu'autrement on peut se faire saper ".

- **Insuffisance de formation**

Les infirmières comme les médecins ont regretté l'absence de *formation initiale* sur ce thème (ainsi que la part très réduite accordée à l'étude des pathologies psychiatriques). Elles ont trouvé une aide dans des *lectures* [elles citent par exemples les ouvrages du Pr Pommereau, la brochure " Repères - conduites suicidaires "(13)], des *émissions télévisées*, parfois des séances de *formation continue* animées par un psychiatre (jugées cependant trop rares), et surtout ...

dans leur *expérience professionnelle* (que ce soit au sein de l'Education Nationale ou dans les autres postes précédents), voire leur cheminement personnel.

- Difficultés liées aux **conditions de l'exercice** professionnel : *solitude, manque de disponibilité* :

“ J’ai souffert d’être toute seule au début ”, confie un médecin. Et elle ajoute : “ quand des vacataires (médecins) sont arrivées dans le district, je leur ai dit : “ n’hésite pas à nous téléphoner si tu as envie d’en discuter ”. De plus, on peut toujours téléphoner au médecin responsable départementale pour lui demander : “ qu’est-ce que vous en pensez, qu’est-ce que vous feriez ? ” ”. Un autre s’exprime ainsi : “ même quand on y met l’énergie et la disponibilité, il n’empêche qu’on est trop peu nombreux pour faire face à tout. ”

Par ailleurs il faut souligner un *problème spécifique aux infirmières d’établissement* : elles sont placées sous la responsabilité directe du chef d’établissement, ce qui, à leurs propres dires, entrave parfois considérablement leur action.

d) l’importance du travail en équipe et en partenariat

****l’équipe médico-sociale***

Tous les médecins et infirmières, en relatant des exemples concrets de jeunes en difficultés, insistent sur le nécessaire travail d’équipe entre médecins, infirmières et assistantes sociales, voire psychologues.

Un médecin expose ainsi le mode de travail : “ *on se fait aider* : par la C.O.P.(conseillère d’orientation psychologue) quand elle est là, par l’assistante sociale quand on en a une, par l’infirmière quand il y en a une.(...)Tu es là, tu fais, et tu me tiens au courant. Si c’est l’assistante sociale qui a géré, je m’inscris en réseau, je me mets au second plan. J’estime que *chacun a sa place*, et ça ne m’empêche pas d’avoir ma spécificité ”.

****l’équipe éducative***

La liaison entre l’équipe médico-sociale et l’équipe éducative, pour les jeunes en souffrance psychologique, peut s’opérer à deux étapes différentes : ***le repérage et le suivi***.

“ Nous dépendons du repérage des enseignants, qui est parfois complètement biaisé ”, dit un médecin. Mon interlocutrice ajoute : “ *On est dépendant de ce que les professeurs*

remarquent, de notre travail d'approche, de la confiance qu'ils ont, de l'utilité qu'ils peuvent trouver à notre travail ”.

D'autre part, au retour d'un élève ayant fait une tentative de suicide, l'information partira de l'équipe médico-sociale en direction de l'équipe éducative : “ *il faut que les enseignants sachent qu'un jeune va mal* (sans pour autant donner un diagnostic précis) afin qu'ils soient vigilants ”, explicite un médecin. Et elle précise : “ je passe par le C.P.E. quand je pense que c'est lui qui est le mieux à même de comprendre, je passe par le professeur principal quand c'est lui qui me paraît le plus attentif au jeune (je les connais maintenant). Je peux aussi passer par la C.O.P., ça dépend du jeune, ça dépend des intervenants. Je peux aussi prévenir un petit peu tout le monde et dire attention prudence ! ”

Enfin, dans certains établissements, sont formalisées des ***réunions régulières de concertation*** auxquelles assistent un ou plusieurs des membres de l'équipe médico-sociale. Une infirmière souligne : “ On a la chance que, sur ce collège, on ait une concertation régulière, ce qui permet de définir “ tel enfant ne va pas bien ” et “ qui fait quoi ”, et ça c'est très important ”.

Bien entendu, ce travail en partenariat nécessite une gestion à la fois claire et souple du ***secret professionnel***. Une infirmière évoque à ce sujet la notion de “ secret partagé ”. Concernant la question des adolescents suicidaires, un médecin souligne qu'en général le milieu scolaire sait déjà que l'adolescent va mal. “ Mais, ajoute mon interlocutrice, je ne vais pas aller raconter la vie de la famille ”.

****la famille***

Infirmières comme médecins n'hésitent pas à faire la liaison avec la famille, soit pour les *alerter* sur la gravité de l'état de leur enfant, soit simplement pour les *conseiller*, les *orienter* dans leurs démarches.

Cependant le gros obstacle observé est, de la part des parents, le *déni de toute volonté suicidaire* de leur enfant. Un médecin relate un exemple récent où ce déni de la famille mettait l'enfant en danger ; il a dû passer outre l'agressivité très importante des parents ; “ cela prend du temps et de l'énergie, mais il faut prendre le risque de prononcer des mots difficiles ”, affirme mon interlocutrice.

****les autres élèves***

La réalité d'une tentative de suicide est souvent connue des *camarades les plus proches et de la fratrie* de l'élève : ceux-ci s'en trouvent donc fragilisés. Comme le dit une infirmière, “ c'est

sûr qu'il faut travailler aussi avec les autres enfants, savoir comment ils ont vécu, c'est intéressant, c'est important ”

Mais parfois, il faut aussi savoir s'appuyer sur **l'entourage d'un élève suicidaire**. Par exemple, un médecin qui a eu besoin du témoignage d'élèves afin de sortir une famille du déni face au geste suicidaire de leur fille, me déclare : “ il y a une solidarité entre élèves, entre pairs, qui est grande. Ces élèves, c'était dur pour eux, je les ai félicités, réassurés de mon appui, je leur ai ouvert la porte, on les a beaucoup écoutés. ”

****le partenariat médico-social :***

Etablis tant par les infirmières que par les médecins, les liens avec médecins *généralistes*, *consultations de psychiatrie* et *services hospitaliers* (urgences, pédiatrie, chirurgie, psychiatrie) et *les différents services sociaux* s'avèrent indispensables.

Une infirmière résume ainsi sa façon de s'adresser au médecin traitant : “ je ne sais pas trop, je n'y vois pas clair, mais je voudrais que vous sachiez quels éléments j'ai en ma possession et je vous remercie de prendre le relais ”

Les *obstacles* évoqués par mes interlocutrices sont *nombreux* : absence de lieux appropriés à la prise en charge psychiatrique des adolescents, surcharge des “ inter secteurs ” de psychiatrie, méconnaissance de la problématique suicidaire par les services d'urgences ou de chirurgie, et réticence de certains médecins traitants pour adresser un jeune à un psychiatre. La liaison avec les *services de soins ambulatoires en psychiatrie* est perçue comme une nécessité, mais souvent difficile ou longue à mettre en place : on incrimine notamment la rotation rapide des psychiatres et leur charge trop importante de travail.

III.2. les chefs d'établissement

a)leur façon d'envisager le problème

- ***Quel est leur abord général de la question ?***

L'estimation de la fréquence des tentatives de suicide est diversement évaluée : un principal de collège la chiffre à un ou deux cas par année scolaire ; tandis qu'un proviseur de lycée professionnel estime : " nos élèves sont des jeunes très concrets, qui ont des journées entières d'ateliers : j'ai l'impression que ce n'est pas un terrain qui soit très favorable à ça, sauf cas particulier d'un élève qui soit un malade mental, et pourtant ils vivent une souffrance extraordinaire ".

Cependant, je n'ai entendu aucun discours niant la notion d'" appel au secours ". Un principal a fait référence au document " Repères - conduites suicidaires "(13)(d'ailleurs fort vite retrouvé dans son bureau).

- ***Comment gèrent-ils le problème au sein de l'équipe éducative ?***

Tous expriment que, comme le dit un principal, " ceux qui sont au premier rang, ce sont les professeurs, et aussi la vie scolaire "

A la question de fond concernant la *réaction des enseignants* face à la prise en compte de l'élève en tant que personne exprimant des difficultés, la *diversité des réponses* reflète peut-être celle des établissements et donc du corps enseignant. " Il y en a quelques-uns qui sont concernés, mais c'est quand même une minorité ", dit un principal de collège rural, pourtant en milieu défavorisé (dont le corps enseignant est plutôt âgé). Au contraire, le proviseur d'un lycée professionnel (métiers du bâtiment) affirme : " la réalité du fonctionnement aujourd'hui nous impose de ne pas être simplement sur la transmission des savoirs ". Enfin, un principal souligne : " il y a des professeurs qui sont excessivement angoissés par ce genre de situations et au travers de ça, ils reflètent leur propre fragilité ".

Un principal rencontré assure des *réunions hebdomadaires de concertations* auxquelles participent l'équipe de direction, la vie scolaire et au moins un membre de l'équipe médico-sociale ; il est remis en début d'année scolaire aux enseignants des " *fiches de signalement* " afin qu'ils transmettent tout élément les inquiétant sur le comportement d'un élève. Après un échange de vue, on définit la tâche spécifique de certains, et si ce suivi de l'élève est effectué

par l'équipe éducative: "on essaye de faire un suivi discret, et j'aime utiliser cette image tirée du football, on fait du marquage à la culotte", explique le principal.

Les chefs d'établissement qui bénéficient de la présence *d'aide éducateurs* (ou "emplois jeunes") soulignent leur grande utilité pour écouter, aider, être médiateurs face à des jeunes en difficulté et ne communiquant plus avec le monde des adultes : les aide éducateurs ont une image de "grands frères".

b) leurs relations avec les services médical et social

Bien sûr, elles sont envisagées *différemment selon les situations que vivent les établissements* : aucune comparaison n'est possible entre celui qui comporte une infirmière d'établissement, où tous les postes sont pourvus et où l'équipe entière est stable (faut-il souligner que je n'ai pas rencontré ce cas de figure idéal !...), et celui du collège rural où le médecin change chaque année, et où il n'existe pas d'infirmière d'établissement. Dans ce dernier cas, réel, le principal déclare : "pour nous, le médecin scolaire n'est pas un collaborateur, c'est un visiteur aimable qui vient de temps en temps", mais aussi : "travailler ensemble, ça veut dire un minimum de *confiance*, d'*échange*, sinon si le médecin ne me répond pas, si l'assistante sociale ne me dit rien, en fait je n'ai pas besoin d'eux".

Cependant le principal qui organise les réunions de concertations affirme : "il faut absolument que le service de santé scolaire et l'assistante sociale soient *associés* à 100% dans le travail de l'équipe de direction d'un établissement".

Quant au proviseur, il souligne que "le médecin scolaire n'est pas sous la responsabilité du chef d'établissement et l'assistante sociale non plus. Ce sont, entre guillemets, des *corps étrangers* à l'intérieur de l'établissement".

Le *secret professionnel* est évoqué par les chefs d'établissement comme pouvant faire obstacle au travail en collaboration avec le personnel médico-social. Selon les expériences de ceux-ci, ils s'expriment donc différemment. Cela va de : "on a souvent l'impression de verser les informations dans un *puits sans fond*" à : "le secret professionnel me gêne quelquefois dans mon travail ; mais il y a des *règles du jeu* en la matière. L'essentiel, c'est qu'en cas de besoin, on puisse se réunir et en discuter sans aucune ambiguïté entre nous ; finalement, cela ne pose aucun problème si toutes les parties sont tout à fait conscientes qu'il existe un *climat de confiance*".

IV. ANALYSES ET PISTES DE TRAVAIL

L'analyse des entretiens permet à la fois de préciser le rôle du M.E.N. dans la prévention de tentative de suicide, d'étudier l'impact et l'intérêt des outils élaborés par le groupe de travail et de réfléchir à des pistes de travail sur la prévention de la tentative de suicide de l'adolescent. Mais, préalablement, je dégagerai de la parole de mes interlocuteurs des réflexions sur leur abord de ce thème, puis sur leur appréhension de l'établissement secondaire en tant que lieu de vie et enfin sur leur vision de la collaboration entre personnels médicaux et non-médicaux.

IV.1.L'abord de la problématique par mes différents interlocuteurs

J'ai exposé au premier chapitre le tabou qui entourait le thème du suicide, et encore plus le suicide de l'adolescent. Il n'est pas surprenant de rencontrer des réticences à évoquer ce sujet, quelle que soit la profession ou l'expérience de l'interlocuteur. J'ai même rencontré celles-ci dès la prise de contact téléphonique, mon interlocuteur déniait à l'avance tout intérêt à ce que je l'interroge sur un tel thème. Cependant, bien sûr, il est normal d'exprimer clairement son angoisse face à un tel sujet, ne pas la pointer serait même étonnant.

Les interlocuteurs les plus angoissés par l'abord de la question la fuient en niant la fréquence réelle du phénomène, du moins, disent-ils en ce qui concerne leur établissement ou leur pratique.

Les chefs d'établissement expriment à des degrés divers l'appréhension d'aborder une question, il est vrai, éloignée de leurs préoccupations quotidiennes :certains remplacent d'ailleurs le mot de tentative de suicide par une périphrase.

Ce thème, s'il est angoissant pour tous, est de plus porteur de culpabilité pour le professionnel de santé. Celui-ci, encore plus s'il est responsable de prévention, est mis en échec dans toutes ses fonctions :il peut ainsi se sentir mis en cause en tant qu'adulte membre d'une collectivité(“ quelle société avons-nous construit à cette génération ? ”), mais surtout en tant que professionnel n'ayant pas entendu un appel au secours.

IV.2. L'établissement secondaire envisagé comme un lieu de vie sociale

Il faut admettre qu'un collège ou un lycée, même s'il a avant tout un but pédagogique, est le " lieu de travail " des élèves et assume donc une fonction sociale. Ceci peut s'entendre à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, l'apprentissage de la vie en groupe, débuté à l'école maternelle, se poursuit au cours de la scolarité secondaire : même si le cadre de vie et le réseau relationnel de l'adolescent s'élargissent, celui-ci passe cependant *une grande part de son temps* dans un établissement secondaire ! L'Education Nationale assume là une responsabilité, même si les premiers éducateurs sont bien sûr les parents. D'une part, le milieu scolaire doit se soucier de *conditions personnelles adéquates pour les élèves* dont elle a la charge : il est évident qu'un élève verra sa réussite scolaire compromise, s'il doit affronter des problèmes de santé physique ou mentale, des problèmes familiaux ou sociaux. D'autre part, toute l'équipe éducative doit contribuer à l'obtention de *conditions satisfaisantes d'accueil et de travail*, pour permettre la réalisation de son projet pédagogique et oeuvrer à l'épanouissement des élèves.

De plus, un établissement secondaire est un lieu d'observation , et éventuellement d'actions en faveur des jeunes puisque l'immense majorité d'une classe d'âge y passe de nombreuses années.

Ces entretiens m'ont montré que si cette préoccupation est au centre des missions du personnel médico-social, elle est loin d'être négligeable pour le personnel de direction. C'est peut-être auprès des enseignants que cette réflexion rencontre le plus de résistances : certains disent volontiers porter attention au jeune en tant que personne, d'autres disent se limiter à transmettre des connaissances, et c'est vrai que c'est à cela qu'ils ont été formés. Ces résistances expliquent en partie la difficulté pour le personnel médico-social à travailler de concert, voire à sensibiliser une partie du corps enseignant. Cependant une majorité du corps enseignant paraît maintenant prête à évoquer des thèmes comme la violence à l'école : peut-être certains tabous commencent-ils à disparaître ?

IV.3. La collaboration entre personnel de direction et personnel médical

Si les chefs d'établissement ont des visions si diverses de la collaboration possible avec les professionnels de santé de l'Education Nationale, cela peut tenir à leur personnalité, mais aussi certainement à leur expérience. Donc, ce qui est en cause, c'est l'absence d'aide fournie par certaines équipes. Je me garderais bien de jeter la pierre à celles-ci : le manque de

personnel, et, quand il est présent, le manque de disponibilité, sont très certainement en cause. Cependant, quelques changements dans les habitudes de travail des professionnels de santé devraient pouvoir y remédier. Ce peut être par exemple de se faire connaître de l'équipe éducative lors de la prérentrée, et des parents lors de la réunion d'accueil organisée à leur intention, ou encore tout simplement d'assurer une présence régulière (même si celle-ci est rare) dans tout établissement secondaire dont ils ont la charge.

Un thème est récurrent, quand on aborde le chapitre des relations entre personnel de direction et personnel médical : le **secret médical**. Les plaintes à ce sujet émanent de ceux qui demeurent à l'écart du secret, elles sont plus ou moins véhémentes selon les chefs d'établissement. Là encore, l'expérience d'un réel travail d'équipe dans un climat de confiance semble atténuer le ressenti négatif de ce problème par le personnel de direction. Bien sûr, l'on comprend que ce n'est pas une curiosité infondée qui motive cette attitude de leur part, mais le poids de la responsabilité inhérente à leur fonction. Ils rapprochent d'ailleurs volontiers le devoir de discrétion qui leur est imposé du secret médical, sans me semble-t-il, toujours mesurer la différence entre ces deux obligations. Quant au personnel médical, j'ai constaté que la gestion du secret ne semblait pas lui poser de gros problèmes. Cela est peut-être dû au fait qu'il s'agissait pour la plupart de professionnels déjà anciens à l'Education Nationale. Toujours est-il que c'est un des thèmes qui sera abordé, conjointement à celui du suicide, lors des formations M.A.F.P.E.N. prévues par le groupe de travail.

IV.4. L'impact des documents élaborés par le groupe de travail

Il peut être constaté aussi bien sur les personnes qui les ont réalisés que sur celles qui les ont reçus.

a) sur les personnes qui les ont élaborés

Je veux parler bien sûr du groupe de travail lui-même, mais aussi du cabinet de l'inspecteur d'académie. Il est important de signaler en quoi ce travail est **novateur**.

Il s'agit tout d'abord d'un exemple tout à fait réussi de **collaboration entre les trois services social, médical et infirmier** en faveur des élèves : à l'échelon départemental, les trois responsables ressentaient le besoin de réalisations communes et se félicitent de l'avoir mené à bien ; elles espèrent également avoir ré impulsé ainsi des échanges de vue fructueux entre professionnels de secteur.

De plus il s'est agi d'un travail largement *ouvert aux professionnels de l'Education Nationale extérieurs au S.P.S.F.E.*. Si le travail en collaboration avec l'inspecteur d'académie est déjà

bien institutionnalisé pour les responsables départementales(par exemple concernant l'intégration des élèves handicapés, la maltraitance ou la toxicomanie), il est inhabituel que les services médical ou social soient à l'origine de l'envoi de protocoles aux chefs d'établissement. De plus, la réalisation de séances de formations réunissant les deux catégories de personnel, qui plus est à l'initiative des services médicosociaux, reste un fait exceptionnel.

Par ailleurs, fait positif, même s'il est moins novateur, ce groupe a créé l'occasion de relancer le *partenariat avec de nombreux services de soins* hospitaliers ou ambulatoires. En effet, le médecin responsable regrettait de n'avoir pu, faute de temps, se présenter officiellement à ces services depuis sa prise de fonction. L'un des services de pédiatrie a même exprimé le désir de poursuivre cette collaboration, car il a le projet d'ouvrir un service de médecine pour adolescents.

Rappelons que ce travail en commun s'est poursuivi par la réalisation de *formations communes* aux trois groupes professionnels et étendues à la totalité de ceux-ci, ce qui est notable car rarement réalisées auparavant dans le département.

b) sur leurs destinataires

Je n'évoque là que l'impact des documents écrits reçus par les professionnels, même si ceux-ci se sont aussi exprimé sur la formation qui a été dispensée.

b)1. les personnels médicaux

Les documents ont été diversement mémorisés et appréciés par les personnels médicaux interrogés.

Je commencerai par signaler les impacts positifs

***Sur la forme**, un médecin apprécie le fait que “ ça avait le mérite d'être court, de ne pas noyer sous les explications ”

***Sur le fond**, plusieurs points positifs sont évoqués :

- La réception des documents a d'abord entraîné pour certains une sensibilisation au thème :elle permet le rappel de certaines notions, relance une *réflexion*, face à un sujet difficile, qu'on préfère éviter d'envisager. Ceci n'apparaît qu'en filigrane au cours de l'entretien. Par exemple, l'analogie a parfois été faite avec le thème de la maltraitance :il s'agit là aussi d'un sujet douloureux, difficile à affronter, qui a longtemps été tabou, où les faits sont camouflés et où le professionnel n'est pas toujours certain d'avoir une attitude

juste ;le partage d'informations et d'interrogations entre professionnels est également vivement souhaitable dans ce domaine.

- Certains y ont trouvé une aide, comme cette infirmière : “ j’aurais apprécié d’avoir ce cadre-là au début, ça m’aurait aidée à vivre moins mal les choses, puisqu’on les partage et qu’on reçoit une aide. Et même quand on ne débute pas, ça aide ”. En effet, dans son travail, le M.E.N. est amené à échanger avec beaucoup de professionnels, mais plus rarement avec ses homologues (en réunions de district par exemple) ou avec ses supérieurs, du moins en-dehors du cadre de l’urgence.
- Pour d’autres, dont la réflexion et l’action étaient plus avancées, ces outils ont constitué un cadre et une réassurance. Comme le dit un médecin : “ j’ai regardé avec intérêt qu’on avait mis sur papier ce qu’on faisait déjà”. Et elle explicite :ça permet de donner aux gens comme une espèce de “ fiche réflexe, qui cadre les gens, ça leur donne l’idée qu’en haut lieu, on y a travaillé, réfléchi et qu’on n’improvise pas ;ça les rassure”.
- Ensuite, le fait que tous les membres de l’équipe médico-sociale reçoivent conjointement les mêmes documents favorise un échange de vue au sein de cette équipe. Les mots utilisés par une infirmière sont “ partage et aide ”. De plus, le travail d’équipe est encouragé par l’exemple de celui réalisé au sein de l’équipe dirigeante.
- Ces outils apportent non seulement au M.E.N. un appui à usage personnel, mais aussi le confortent dans sa position face à l’équipe de direction d’un établissement. Un médecin explique : “ ça donne aux équipes médicales une légitimité par rapport à l’action et par rapport aux parents ”. Une infirmière apprécie qu’ “ ainsi, le chef d’établissement s’implique ;ça permet de se mettre autour d’une table pour discuter et dire ce que chacun peut apporter et ce qu’il peut faire ”.
- Enfin, la réception d’un *annuaire des services de soins médicaux et psychologiques* rappelle la nécessité du partenariat avec ceux-ci et apportent à ceux qui les ignoraient quelques éclairages sur le mode de travail de ces services.

Cependant certains professionnels avaient oublié l’existence de ces documents ou leur déniaient un intérêt.

Les causes identifiables peuvent être rapportées :

- d’une part à des résistances du destinataire, pouvant elles-mêmes être reliées à deux facteurs psychologiques différents :

*un *évitement du thème du suicide*, trop porteur d'angoisse : l'interlocuteur nie alors par exemple la fréquence réelle du phénomène.

*un certain *refus du travail en équipe*, qu'il s'agisse de l'équipe médico-sociale de l'établissement ou du travail en partenariat avec les services de psychiatrie, peut également transparaître derrière le déni d'intérêt.

- d'autre part à une insuffisance de préparation ou d'accompagnement à la réception des documents. Leur arrivée est alors ressentie comme plaquée, artificielle, car elle ne fait pas suite à une réflexion personnelle. Ou bien encore, le professionnel de santé regrette-t-il de ne pas avoir été consulté avant l'élaboration de ces documents.

L'intérêt soulevé aurait peut-être été plus important s'ils étaient parvenus après la formation, ou en même temps que la réception des livres fournis par les responsables départementales.

D'autres préparations pouvaient encore être envisagées : envoi d'un courrier plus personnalisé, conjointement aux documents, ou bien transmission orale lors d'une réunion de district. Cela aurait pu être aussi l'occasion de rappeler l'existence de documents tels que "Repères - conduites suicidaires" (13)

b) 2. les chefs d'établissements

***Sur la forme**, la *présentation concise, claire* et assez directive paraît bien adaptée à ses destinataires qui n'avaient pas oublié l'existence de ce document, parfois baptisé à tort "circulaire". Il est bien identifié comme un cadre donnant une conduite à tenir.

***Sur le fond**, la réception du document a entraîné une *réflexion* sur ce thème de la part de l'équipe dirigeante (chef d'établissement, adjoint, C.P.E.), plus ou moins poussée selon leur sensibilisation préalable.

L'intérêt modéré porté à ces documents par certains de mes interlocuteurs a des causes variées, voire opposées :

- En effet, pour l'un, il s'agit d'un document en quelque sorte *superflu*, car sa réflexion et sa pratique vont déjà dans le même sens, c'est-à-dire qu'il accorde une grande place à la concertation avec l'équipe médico-sociale, et dit de plus avoir suffisamment d'expérience pour gérer un tel problème. Cependant, il me paraît important de montrer aussi à ce chef d'établissement que les services médical et social travaillent dans la même optique que lui.
- Certains ont dû y ressentir un *rappel* de l'existence, au sein de l'inspection académique, du S.P.S.F.E. et du service social. Ce document permet aussi un rappel des compétences du

M.E.N. :son travail ne se situe pas uniquement dans le champ du somatique et il ne consiste pas seulement en vaccinations et en visites médicales systématiques ! Le problème est que la vision de ce chef d'établissement est encore celle-ci, et l'on peut penser que cela est dû en partie à la réalité à laquelle il a été confronté dans son établissement.

- Le chef d'établissement peu intéressé car il délègue beaucoup m'inspire les deux remarques suivantes: d'une part il m'aurait sans doute fallu interroger aussi l'adjoint et le C.P.E., et d'autre part peut-être y a-t-il pour celui-ci difficulté à évoquer le thème du suicide.
- Enfin un chef d'établissement a été très intéressé par le document : “ J'avais pensé que c'était utile, qu'il fallait absolument qu'il y ait une coordination ”, déclare-t-elle. Elle a, en conseil d'administration, donné lecture des protocoles, qu'elle a ainsi commentés : “ dans ces cas-là, il ne faut pas se replier sur soi ”, et a également transmis les coordonnées du C.M.P.P. local. Elle regrette l'absence d'extrapolation à toute situation traumatisante :or, celle-ci, pourtant clairement faite par le groupe de travail, n'apparaît pas clairement à la lecture du protocole.

En conclusion, les documents n'ont pas été négligés par les chefs d'établissement. L'impact le plus grand étant à attendre face à des personnes peu sensibilisées à cette question, un accompagnement des documents s'avérait là aussi fort nécessaire :par exemple là aussi rappeler l'existence de la brochure “ Repères ”(13) éditée par l'Education Nationale, ou bien encore relier ces documents à la prochaine formation sur les conduites à risque à laquelle ils seraient conviés.

IV.5. Le rôle du M.E.N. dans la prévention de la tentative de suicide de l'adolescent

Préalablement, je précise que je renoncerai à analyser la question selon l'angle strict des catégorisations de *préventions primaire, secondaire et tertiaire* car le médecin de l'Education Nationale, puisqu'il a une pratique de santé communautaire, peut, lors d'une même action, agir dans ces trois champs de la prévention.

Je départagerai plutôt le rôle du M.E.N. selon son axe de travail : en direction d'une personne ou en direction d'une communauté.

a) Le travail centré sur une personne

Il s'agit tantôt d'un travail en relation duelle, tantôt d'un travail en équipe et en partenariat.

• **en relation duelle** : ce travail est celui qui *se rapproche le plus de la pratique de généraliste*. Mais à la différence de celui-ci, le médecin de l'Education Nationale n'est pas choisi par l'adolescent, il n'est souvent pas connu de lui antérieurement et l'élève, hormis le cadre légal des visites médicales de bilan d'orientation ou d'aptitude au travail sur machines dangereuses, n'a aucune obligation à rencontrer le médecin. Cette affirmation demande cependant à être nuancée : l'adolescent qui consulte le médecin de famille n'a souvent pas choisi réellement celui-ci, ni décidé lui-même de le consulter, car il est alors fort dépendant de son cadre familial.

*Les occasions de rencontrer un jeune ayant une problématique suicidaire sont variables :

- visite systématique prévue légalement,
- ou bien à la suite d'une inquiétude exprimée soit par l'infirmière ou l'assistante sociale : tantôt cet élève a déjà confié ses idées suicidaires à cette professionnelle, tantôt les plaintes physiques renouvelées auprès de l'infirmière ou les difficultés de vie de l'élève, connues de l'assistante sociale, leur font exprimer des craintes ; ce peut encore être un autre membre de l'équipe éducative qui a été alarmé par le comportement de cet élève et a désiré provoquer cet entretien.
- ou encore suivi d'un élève dont la conduite suicidaire antérieure est connue du M.E.N.

*Le but de ces entretiens est, à mon avis, triple :

• l'écoute : il s'agit, après une étape de mise en confiance, d'arriver à une compréhension des problèmes de cet élève et à une évaluation de leur gravité. Le médecin doit alors savoir maîtriser son émotion, s'il perçoit un risque suicidaire ; car il sait que cette question doit être abordée directement avec son jeune interlocuteur, avec bien sûr, tout le tact nécessaire. La question peut aussi avoir été soulevée à l'aide d'un questionnaire remis à tout élève juste avant la visite de 3^e et qui comporte l'item suivant : " connais-tu quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ? ".

Durant l'entretien, le médecin rassemble, comme durant tout entretien médical, des éléments de diagnostic et de pronostic. Les questions sous-jacentes sont multiples : y a-t-il des éléments en faveur d'une psychose ?, y a-t-il déjà eu un passage à l'acte non perçu de l'entourage ?, semble-t-il y avoir un risque important de passage à l'acte ?, l'entourage joue-t-il en

l'occurrence un rôle négatif ou peut-il apporter une aide ?, et comment mobiliser cet entourage ?

- le soutien : l'élève doit sentir tout d'abord que sa détresse est entendue, mais aussi que notre rôle est de prendre en compte ses problèmes afin à la fois de le protéger contre lui-même, mais aussi de soulager sa souffrance. En même temps, il faut lui faire comprendre la nécessité, soit de s'adresser à d'autres personnes afin de l'aider (généraliste, psychothérapeute, assistante sociale), soit de ne pas rompre ce contact déjà entrepris. Pour cela, il faut savoir présenter, voire démystifier ces personnes et leur cadre de travail. Il faut veiller à prononcer des paroles signifiant que ce relais à un autre thérapeute n'est pas synonyme d'abandon de notre part.

- l'action éventuelle : ce peut être une préconisation d'hospitalisation, une liaison téléphonique en présence de l'élève avec sa famille ou avec un thérapeute.

*Les écueils que rencontrent ce type d'entretiens sont, je l'ai dit plus haut, *l'absence de demande* du jeune et *sa méconnaissance* du M.E.N., mais surtout le manque de clarté dans le *positionnement du médecin*. En effet, celui-ci sait qu'une écoute empathique est déjà thérapeutique en elle-même dans bon nombre de situations : le médecin doit d'abord être au clair avec lui-même et n'être ni dans l'utopie ni dans l'omnipotence. Car l'écoute ne se substitue en aucun cas à un travail de psychothérapie, et le médecin n'est pas là non plus pour apprendre ce qui s'y déroule ! Ces réflexions valent aussi pour les infirmières, qui peuvent être soumises à ce risque de par leur présence régulière au sein de l'établissement. En favorisant une écoute exclusive, en restant sur des prérogatives personnelles et en refusant le travail d'équipe, un professionnel peut compromettre la précocité, voire la possibilité de la prise en charge thérapeutique d'un jeune. Face à un sujet aussi angoissant que le risque suicidaire, on retrouve avec acuité la problématique de la relation " d'aide " : savoir se situer à la bonne distance, sans recul trop important ni excès d'implication.

- **en fonctionnement d'équipe et en partenariat :**

- *au sein de l'établissement :

- avec l'équipe médico-sociale : si partage d'information et répartition des tâches s'avèrent indispensables dans le travail quotidien, ce besoin est encore plus criant face à des situations lourdes. Mes entretiens m'ont démontré que le travail d'équipe est vécu comme un grand atout. Il nécessite cependant une confiance mutuelle entre personnes, un respect des compétences respectives et l'abandon de toute notion de pouvoir.

Tout d'abord, à l'intérieur de l'équipe médicale, il y a nécessité d'une bonne coordination entre l'infirmière et le médecin. Une équipe où règnent confiance, reconnaissance des spécificités de chacun et partage des tâches est d'un grand secours. Rappelons que, contrairement à l'hôpital, le médecin n'est pas le supérieur hiérarchique de l'infirmière. Par ailleurs, de nombreux collèges et lycées bénéficient de postes d'infirmières d'établissement. De ce fait, celle-ci assure une présence bien plus importante que le médecin et acquiert ainsi une connaissance plus approfondie des élèves qui en retour leur accordent une confiance notable. Cependant, cette situation peut entraîner des difficultés pour le médecin : l'élève qui a accepté de se confier à une première personne aura sans doute des réticences à se confier à une seconde, qu'il perçoit de plus comme moins disponible et qui, de surcroît, va lui demander de consulter encore une autre personne dans un but thérapeutique.

Quant au fonctionnement d'équipe avec les assistantes sociales, il paraît aussi avoir ses difficultés. En effet le travail en commun est plus rare : ni visites médicales ni réunions de district ne sont là pour partager des tâches, si ce n'est une connivence ou une convivialité, soit quotidiennes, soit par le biais d'un projet d'équipe. Plus profondément peut-être existe-t-il entre infirmières et médecins une sorte de communauté de culture à laquelle elles ressentent les assistantes sociales étrangères. Il est intéressant de noter que le suicide, lors des études de médecine, est abordé (fort peu d'ailleurs) à l'occasion de l'étude de la dépression, et que, lors de la formation initiale des assistantes sociales, il est englobé dans le chapitre des conduites à risques (comme les fugues et la toxicomanie). Enfin on peut s'interroger sur des désirs de conserver des "chasses gardées" de la part du personnel médical ; le suicide étant justement un sujet pouvant être abordé par le biais des sciences sociales ou du psychisme, c'est parfois avec véhémence que les professionnels de l'un ou l'autre service s'arrogent l'exclusivité de son approche ; alors que l'intérêt de l'adolescent commande à l'évidence un travail en commun.

Le bon fonctionnement de l'équipe médico-sociale est aussi une première aide pour épauler moralement ses membres, les aider à prendre du recul face à des situations difficiles sur le plan émotionnel, sans être toutefois un "groupe de parole".

■ avec le personnel non médico-social : la communauté éducative comporte des professionnels variés qui ont des formations différentes et peuvent porter des regards complémentaires sur les élèves. Citons d'abord les C.O.P., dont la fonction première porte sur l'orientation professionnelle, mais qui peuvent cependant dans certains cas apporter au

M.E.N. une aide de par leur formation de psychologues. J'ai évoqué plus haut la collaboration avec le personnel de direction. Ensuite, le personnel de la vie scolaire, est un observateur de la vie sociale des élèves (les réseaux amicaux, l'isolement, etc.) et est à même de repérer des troubles du comportement chez certains (absentéisme répété, agressivité). Notons au sein de ce personnel le rôle de médiateurs que peuvent jouer les aide éducateurs. Concernant les troubles du comportement d'un élève, le personnel de service peut aussi avoir un rôle intéressant à jouer. Enfin, les enseignants ont l'avantage de rencontrer régulièrement les élèves, et ce durant de nombreuses heures pour certains d'entre eux ; de plus, un élève ayant des idées suicidaires pourra éventuellement les exprimer à l'occasion d'un devoir de français, par exemple.

Le partage d'informations peut se faire dans les deux sens. Bien sûr, quand c'est le médecin qui transmet celles-ci, il doit prendre garde à gérer au mieux le secret médical, en ayant comme but l'intérêt de l'élève et en se posant la question de l'utilité des informations qu'il fournit à son interlocuteur. Ce peuvent être aussi des conseils qui seront prodigués à des membres de l'équipe éducative, s'ils s'interrogent sur la conduite à tenir face à l'élève. C'est là aussi un travail dans un esprit d'équipe et de respect des compétences de chacun.

■ avec la famille de l'élève : le plus souvent, le médecin s'efforcera d'agir avec le consentement de l'élève. Nous avons vu précédemment que ces relations peuvent être tumultueuses. Nombre de parents sont dans le déni de la conduite suicidaire de leur enfant, car accepter cette idée, c'est faire face non seulement à une immense souffrance, mais aussi à une intense culpabilité. Celle-ci s'exprimera donc d'abord en agressivité face à la personne qui, par sa parole, met à nu la réalité. Enfin n'oublions pas, comme le soulignent les études épidémiologiques citées précédemment, qu'une grande proportion des jeunes ayant une conduite suicidaire ont été ou sont encore victimes de maltraitements divers. Le rôle du M.E.N. sera alors de les découvrir et d'agir en conséquence.

*en partenariat avec d'autres professionnels :

Il peut s'agir d'apporter des informations ou un éclairage spécifique à un médecin qui connaît déjà l'adolescent, ou bien d'obtenir un rendez-vous rapide en consultation de psychiatrie, de demander un conseil ou encore des nouvelles concernant l'évolution d'un jeune patient. Il s'agira le plus souvent d'une liaison avec des médecins ou des psychologues, ou encore avec des travailleurs sociaux : l'échange de points de vue peut s'avérer très fructueux.

La spécificité du médecin fait qu'il est parfois le seul avec lequel un autre médecin acceptera de partager des informations médicales. Concernant ce sujet, il faut admettre que le partage d'informations avec un psychiatre est toujours plus délicat qu'avec tout autre spécialiste. Cela est très compréhensible. D'abord, bien sûr, il ne s'agit pas d'éléments techniques, chiffrables. Mais aussi, il faut accepter de ne pas pouvoir avoir de diagnostic dans de nombreux cas : à la fois parce que celui-ci nécessite parfois un long temps d'observation, mais surtout parce que la réticence est grande (et c'est heureux) de poser un quelconque diagnostic psychiatrique à l'âge de l'adolescence, où la personnalité est en pleine construction. Puisque les situations en entretiens de psychothérapie sont mouvantes, il faut accepter de ne pas recevoir d'écrit de la part d'un psychiatre à qui l'on a adressé une personne. Le médecin doit se demander quelles informations lui sont utiles ; c'est bien sûr d'abord la réalité du suivi de l'élève, ensuite le degré de gravité de son état (par exemple : risque important de conduite suicidaire, suspicion d'une psychose) ; si cela paraît nécessaire, une réflexion commune peut être envisagée sur la conduite à tenir face à un élève : peut-il mener une scolarité dans des conditions normales, ou y faut-il des aménagements, ou encore doit-on songer à un autre mode de scolarisation, un éloignement du milieu familial semble-t-il bénéfique ? On voit là qu'il faut parfois, dans des cas lourds, prévoir un temps pour un échange entre professionnels.

b) Le travail centré sur la communauté éducative

Il s'agit encore d'échanges réciproques.

• Tantôt le M.E.N. apporte son aide à la communauté :

*Un exemple peut en être l'organisation et la participation à une **cellule de crise**. Cette action vise à organiser au mieux le retour du jeune auteur de ce geste, qui trouvera face à lui des élèves et des adultes moins angoissés : les conséquences de son acte seront peut-être ainsi pour lui moins difficiles à vivre ; il s'agit là de prévention secondaire. On peut même supposer que la communauté scolaire mobilisée pourra apporter à ce jeune une aide qui contribue à éviter une récurrence de cet acte : c'est alors de la prévention tertiaire. Et cette cellule de crise est bénéfique à tous les élèves qui ont été choqués par cet événement : on évitera peut-être ainsi un acte semblable pour un élève fragile de cet établissement : il s'agit dans ce cas de prévention primaire.

Le M.E.N. est alors une personne-ressource pour la communauté scolaire entière, élèves comme adultes, à la fois par son action individuelle (il est en effet formé à l'écoute des

individus angoissés), mais aussi par les conseils ou avis qu'il peut apporter à l'équipe éducative, et enfin par le lien avec le monde médical qu'il est le mieux placé pour assurer, qu'il s'agisse de ceux qui prennent en charge le jeune suicidant ou de psychothérapeutes pouvant apporter une aide aux personnes de l'établissement qui en ressentent le besoin.

Ce travail s'effectuera aussi en partenariat avec des psychiatres du secteur ou des associations (28, 29).

Ce travail en cellule de crise peut toutefois être difficile à assumer, si le jeune suicidant est connu du M.E.N., qui peut ressentir peine ou culpabilité :il doit dans ce cas lui-même pouvoir trouver une écoute...

Un écueil observé à l'efficacité de cette cellule de crise est l'absence en classe, durant cette période, des élèves les plus touchés par l'événement traumatique. Ce fait souligne que la vigilance et l'aide doivent continuer à être de mise sur un plus long terme (cette précision est d'ailleurs donnée par le protocole).

*Un autre exemple en est l'animation par le M.E.N. de **séances de formation auprès de personnels** de l'établissement afin de les sensibiliser aux signes de mal-être exprimés par les jeunes et aux réponses qu'ils peuvent leur apporter. Le thème du suicide peut être abordé seul, ou associé aux troubles du comportement de l'adolescent :anorexie, toxicomanie, violence. Ce peut être l'occasion d'utiliser des supports vidéo (26 et 27) ou bibliographiques(15), ou de s'adresser à un intervenant extérieur. Si la demande s'en faisait sentir, des séances pourraient également être organisées à l'intention des parents.

- **Tantôt, c'est la communauté scolaire qui apporte son aide au M.E.N.**

* Dans certains établissements sont institutionnalisées, à l'instigation de son chef, des **réunions régulières de concertation**. Leur fonctionnement est basé sur la collaboration entre l'équipe de direction, celle de la vie scolaire, et l'équipe médico-sociale. Les enseignants peuvent être de plus sollicités pour signaler tout comportement d'élève qui les inquiéterait. Ces réunions sont bien sûr centrées sur des cas individuels afin d'échanger à ce sujet et de se répartir les tâches. En effet, après que la discussion a permis un échange de vue et que des décisions d'action ont été prises, il s'agit de reconnaître la personne la plus à même de les mettre en œuvre : ce peut être la personne à qui cet élève accorde la plus grande confiance, quelle que soit sa profession. Le personnel médical comme le chef d'établissement qui avaient l'habitude de ce fonctionnement en exprimaient une très grande satisfaction. L'intérêt porté par les principaux responsables de la communauté éducative aux problèmes d'un élève autres que ceux de la simple réussite scolaire est non seulement bénéfique directement pour l'élève, mais peut entraîner ultérieurement une prise de conscience de l'ensemble du personnel.

*Enfin, comme cela a été évoqué lors des entretiens, c'est parfois **les élèves eux-mêmes** qui fournissent une aide au M.E.N. en faisant le lien entre celui-ci et un de leurs camarades pour lequel ils sont alarmés.

IV.6. Pistes de travail

Les propositions faites par les interviewées fournissent ces pistes. Ce sont là essentiellement les médecins qui se sont exprimé. Il s'agit soit de désirs d'amélioration des fonctionnement existants, soit de réalisations de prévention sur ce thème ou un thème apparenté, soit des interrogations sur les possibilités de prévention à visée communautaire.

a) Propositions concernant les services de soins

A la lumière des entretiens, on perçoit les demandes suivantes :

- d'une part :

*une meilleure prise en compte des problèmes psychologiques aux urgences et en service de chirurgie

*une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des adolescents, que ce soit par les services de médecine, de pédiatrie ou de psychiatrie

*une plus grande capacité d'accueil des consultations de psychiatrie

Ce n'est pas bien sûr le S.P.S.F.E. lui-même qui pourra réaliser ces améliorations. Mais il peut toutefois participer à une évolution favorable. Ce peut être par exemple en *pointant les besoins*, et singulièrement ceux qui ne sont pas satisfaits, concernant l'accueil et la prise en charge des jeunes suicidant. A partir du recensement effectué par le groupe de travail et synthétisé sous forme d'annuaire, les services médico-sociaux pourraient contacter les médecins inspecteurs de santé publique et leur soumettre un désir de participer à ces dossiers. Rappelons de plus qu'à l'occasion d'une rencontre avec le groupe de travail, un service de pédiatrie a demandé la collaboration du S.P.S.F.E. dans son projet d'unité pour adolescents.

- d'autre part, l'amélioration du travail en partenariat avec ces services médicaux, notamment psychiatriques.

Ce partenariat vient de prendre de l'essor au niveau départemental grâce au groupe de travail. C'est maintenant plutôt *à chaque médecin, par secteur ou par district*, à veiller à celui-ci, que ce soit de façon " officielle " en se présentant lors d'une prise de nouveau poste, ou lors de l'envoi d'un organigramme du service médico-social du secteur, ou de façon plus informelle à l'occasion d'une collaboration pour résoudre des problèmes concrets. Ceci paraît peut-être fort éloigné de la prévention du suicide de l'adolescent, mais il s'agit d'une réalité fondamentale. Par exemple, pour un médecin confronté à un élève ayant un risque suicidaire, la connaissance du psychiatre auquel il désire adresser le jeune l'aidera à présenter ce professionnel de façon plus humaine, facilitant même peut-être par là une adhésion à cette démarche ; par ailleurs l'obtention d'un rendez-vous en urgence peut être facilitée par une connaissance mutuelle des professionnels et de leur mode de travail. En dernier lieu, ce travail commun peut parfois permettre dans un second temps une éventuelle collaboration à d'autres formes de prévention en direction de la communauté scolaire.

b) Propositions concernant l'équipe médico-sociale.

Ainsi que le souligne le médecin responsable départemental: "pour améliorer notre travail, il faut d'abord absolument ne plus travailler en solitaire. Nous avons des approches différentes de la situation, nous nous appuyons sur toutes ces expériences pour *travailler en synergie*. "

En Seine-et-Marne, une dynamique a été impulsée par le biais des formations qui auront lieu en 1999-2000. La réflexion sera ainsi lancée parmi tous les membres des équipes, qui

pourront, à partir de bases de connaissances communes poursuivre leurs échanges lors de leur travail de secteur. Les lectures entreprises grâce au fond de livres mis à disposition du personnel alimentera encore cette réflexion.

D'autre part, les personnes interrogées ressentaient peut-être plus un besoin *d'échanges*, de *groupes de parole* que de formation purement théorique (il ne s'agissait pas de personnes débutantes dans leur profession). Une infirmière m'a fait part de son désir de voir se créer un groupe de réflexion, animé par un psychiatre et réunissant des infirmières travaillant dans différents secteurs.

Ceci est à rapprocher de la pratique des groupes dits "Balint" : celle-ci est fort intéressante pour éclairer un professionnel sur tout ce qui est sous-jacent lors d'une relation d'écoute ou d'aide. Beaucoup de difficultés seraient à aplanir pour faire voir le jour à de tels groupes, mais leur intérêt demande d'y réfléchir. De tels groupes ne fonctionnent que sur la base du volontariat et n'ont pas pour but d'être institutionnalisés : une certaine souplesse doit permettre de débiter ou de clore de tels groupes, ou encore de décider du nombre de leurs participants, qui sont volontaires.

c) Propositions concernant l'équipe éducative :

- Un premier aspect concerne la formation de l'équipe éducative sur ce thème.

Je n'ai pas pu, faute de temps, voir comment les problèmes de l'adolescence sont appréhendés lors de la formation initiale dispensée aux enseignants et au personnel de la vie scolaire. Mais un intérêt important porté à cette approche pourrait permettre aux enseignants d'être moins démunis lorsqu'ils sont sollicités par des jeunes dans un domaine qui n'est pas celui de la pédagogie.

Par ailleurs, des formations organisées par l'Education Nationale abordent divers aspects touchant la vie des jeunes : maltraitance, toxicomanie, violence, anorexie. Le thème du suicide peut donc être étudié par des enseignants qui ont envie d'approfondir leur réflexion sur ce sujet.

Il faut souligner l'aspect innovant des formations multidisciplinaires organisées en Seine-et-Marne. Cette initiative demande à être développée, elle s'avérera très enrichissante pour tous ; le thème du suicide n'ayant pas été abordé directement, pourra éventuellement être cette fois-ci abordé nommément, ou dans un autre cadre, comme celui des problèmes psychologiques à l'adolescence.

Un médecin interrogé pratique dans un établissement secondaire une “sensibilisation au repérage” du mal-être des élèves en direction des enseignants, car, dit celle-ci, “les enseignants doivent être vraiment informés, canalisés, aidés”. Il s’agit d’une initiative intéressante, mais qui ne peut exister que si une demande a été exprimée par certains membres de l’équipe éducative. Pour sa réalisation, le M.E.N. peut utiliser des supports vidéo (26 et 27) ou bibliographiques, ou s’adresser à un intervenant extérieur à l’établissement (psychologue du R.A.S.E.D., association, psychiatre qu’il soit ou non du secteur). S’il existe un C.E.S.C. dans l’établissement, il peut permettre de trouver le cadre pour l’organisation d’une telle formation. Une action minima peut par ailleurs être de faire circuler dans l’établissement (avec l’aide du documentaliste) la brochure “Repères - conduites suicidaires”(13).

- Le fonctionnement en concertation est le deuxième axe de travail qui peut s’avérer très fructueux. Qu’on nomme ce type de réunions institutionnalisées “comité technique social” ou “cellule d’évaluation” ou de tout autre appellation, elles sont un atout précieux pour partager informations et points de vue sur les élèves présentant des problèmes, ainsi que pour une répartition des tâches décidées en commun. Il m’apparaît souhaitable que, comme en Ile-et-Vilaine(c. f.(13)“Repères - conduites suicidaires”, p.41), la création de telles commissions soit encouragée au niveau départemental.

d) Propositions concernant les parents

Un médecin interrogé organise chaque année une conférence pour les parents, avec un intervenant extérieur, sur un problème concernant les adolescents, le but étant aussi de permettre un échange entre parents.

Cette initiative est à encourager, en connaissant toutefois les risques, d’une part de s’adresser à une assemblée réduite, et d’autre part que celle-ci soit composée de personnes déjà fort informées. Par ailleurs, sur le plan formel, il faut veiller lors de ce type de réunion à ce qu’un réel débat puisse s’instaurer.

e) Propositions concernant les élèves

Il existe deux façons d’essayer d’agir directement en direction des élèves dans une démarche clairement identifiée de prévention.

- **La première est l’institution de “points écoute”**

Ce type de fonctionnement a déjà eu lieu dans certains établissements de Seine-et-Marne. Ils m’ont été évoqués par l’infirmière responsable départementale. Ils avaient été créés pour

permettre la parole des jeunes sur divers sujets douloureux comme la maltraitance, mais ils étaient aussi clairement identifiés comme prévention des tentatives de suicide. Ces points écoute étaient assurés par des professionnels volontaires de l'établissement, qu'ils soient ou non médico-sociaux, et qui se relayaient. Parfois ils étaient appuyés par un éducateur ou un psychiatre. “ Leur fonctionnement s'est avéré très ponctuel ”, m'indique l'infirmière responsable, ajoutant que le problème, “ c'est qu'on ne sait pas ce qui est fait de la parole qui est dite ”.

De tels points écoute, s'ils partent d'une louable intention, ont, à mon avis, plusieurs points faibles. Le premier est que les personnes qui écoutent n'ont pas forcément la formation adéquate ; ensuite, la personne qui a recueilli les confidences de l'élève se retrouve assez seule pour gérer le problème ; enfin, l'élève sera peut-être amené à se confier à de multiples personnes successivement, qui de plus ne travaillent pas assez en concertation. Cependant ma critique est assez théorique, car je n'ai pas eu l'occasion d'observer le fonctionnement de tels points écoute. Il semblerait qu'une évaluation de leur fonctionnement soit actuellement entreprise par le service infirmier du S.P.S.F.E. de Seine-et-Marne : cette démarche s'avère très intéressante.

- **La prévention collective en direction des élèves**

Un médecin interrogé m'a dit clairement “ je n'ai pas fait du tout de prévention auprès des jeunes contre le suicide ”.

C'est en effet bien là **le point le plus délicat**. De tels programmes se sont déroulés en Amérique du Nord(18) ; les études d'évaluation ont souligné à la fois leur inefficacité pour faire changer les comportements et le risque d'induction ou de facilitation du passage à l'acte.

Aucun de mes interlocuteurs de terrain ne m'a évoqué **l'association S.E.P.I.A. (Suicide Ecoute Prévention auprès des Adolescents)**. Il s'agit d'un **exemple français de “prévention globale”** (17)

Cette association regroupe de nombreux partenaires institutionnels, dont le Conseil Général du Haut-Rhin, 2 CPAM, un Centre Hospitalier, l'Education Nationale. Elle a plusieurs axes de travail :

- la prévention, avec en particulier, des actions en milieu scolaire
- la formation et la sensibilisation des acteurs intervenant auprès des jeunes
- l'intervention auprès de jeunes et de leurs parents avec possibilité de suivi thérapeutique

Leur action en milieu scolaire s'inspire des programmes de prévention du suicide tels

qu'ils sont menés en Amérique du Nord :le message véhiculé là-bas est que chacun peut avoir un rôle aidant dans sa vie face à une personne suicidaire. Les programmes pratiqués au Canada et aux U.S.A. ayant suscité les critiques évoquées plus haut, les initiateurs de ces programmes expliquent : **“A la différence des canadiens, notre action est essentiellement centrée sur les adultes et non sur les adolescents. ”**

Voici une description sommaire de leurs programmes. Dans un premier temps, l'association rencontre au sein des établissements les personnes ressources :infirmière, médecin, assistante sociale et C.P.E. ;il ne s'agit aucunement de se substituer à elles, mais de les former. Dans un deuxième temps S.E.P.I.A. anime des séances de sensibilisation en direction de l'équipe éducative. Puis, après réflexion avec l'ensemble des partenaires, il fut décidé de mener des animations auprès des jeunes. Celles-ci se font en groupe de 15 à 20 élèves maximum, avec le concours de deux professionnels :l'animateur et une personne de l'équipe médico-sociale. Ceci permet à la fois que l'une d'entre elles puisse accompagner un élève qui demande à sortir, et d'intervenir auprès des élèves qui le souhaitent à la fin de la rencontre. En effet il existe au cours de ces séances une dimension de dépistage à prendre en compte.

Lors du bilan présenté en 1995, les responsables indiquaient : “ on n'empêchera pas tout, des jeunes continueront à se suicider, mais nous sommes convaincus que **l'école reste un lieu privilégié pour mener des actions de prévention.** (...) La prévention du suicide en milieu scolaire est possible si elle est mise en œuvre par des professionnels de la santé en relation étroite avec les équipes médico-sociales des établissements. ”

Ce travail local, s'il peut inspirer, par sa réussite, d'autres régions, ne peut en aucun cas être utilisé comme une recette passe-partout. Ce travail n'a pu voir le jour que grâce à la forte volonté de certains services, et singulièrement des personnes qui les animent, de travailler en convergence dans le même état d'esprit. Ces conditions ne se trouvent pas réunies partout. Il s'agit cependant d'une expérience passionnante, œuvrant à mon avis de façon très intéressante. Les évaluations de son travail, auxquelles s'attachent maintenant l'association S.E.P.I.A., sont à suivre de près.

CONCLUSION

Dans la prévention des tentatives de suicide de l'adolescent, le rôle incontournable des services médical, infirmier et social en faveur des élèves est souligné par tous les spécialistes de la question.

L'étude de l'impact des documents du groupe de travail seine et marnais a permis de mettre en lumière toutes les possibilités qu'a le médecin de l'Education Nationale d'œuvrer à cette prévention. En effet, celle-ci peut tout d'abord être réalisée à l'occasion d'un travail centré sur une personne ; la relation duelle, avec toute sa richesse et ses potentialités, n'est alors qu'un seul aspect de ce travail, puisqu'il nécessite aussi une collaboration, soit en amont, soit en aval, tant avec l'équipe médico-sociale et l'équipe éducative qu'avec des partenaires extérieurs. Ce peut encore être un travail centré sur la communauté éducative, que ce soit par exemple à l'occasion d'une " cellule de crise ", ou lors de réunions régulières de concertation. Ce mémoire a voulu aborder les apports, mais aussi les écueils de tout ce travail relationnel du médecin de l'Education Nationale.

Les perspectives d'avenir de cette prévention ont été évoquées. Comme toute prévention, celle-ci nécessite au préalable réflexion et formation des professionnels concernés. Elle ne pourra pas se faire sans une importante coordination au sein de l'équipe éducative et une concertation avec les partenaires extérieurs. Les progrès de la prévention de la tentative de suicide sont aussi intimement liés à l'amélioration de la prise en charge de ces adolescents. C'est sur tous ces points que le groupe de travail seine et marnais a porté ses efforts. Les documents qu'il a élaborés ne sont qu'une étape au sein d'un processus, qui a vu d'abord la mise sur pied des cellules de crise, et qui se prolonge par le biais de formations organisées à l'échelon d'un département.

Ces réalisations sont tout à fait en concordance avec les premiers axes du programme national de prévention. Gageons que celui-ci saura impulser une dynamique, en donnant directions et moyens permettant de poursuivre le travail débuté à la base.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages cités

1. **Baechler J.** *Les suicides*, Paris, Calman-Levy, 1975
2. **Braconnier A., Marcelli O.**, *Adolescence et psychopathologie* - Paris, Masson, Abrégés, 1996
3. **Choquet M., Ledoux S.**, *Adolescents, enquête nationale* - Paris, Les éditions Inserm, 1994
4. **Davidson F., Choquet M.**, *Le suicide de l'adolescent* - Paris, Les éditions ESF, 1982
5. **Debout M.**, *Le suicide* - Paris, Ellipses, Vivre et comprendre, 1996
6. **Durkheim E.**, *Le suicide, étude de sociologie* - Paris, PUF, “ Quadrige ”, rééd.1990
7. **F.N.O.R.S.**, “ *Prévention des suicides et des tentatives de suicide* ”, *Bilans régionaux*- Paris, FNMF, 1998
8. **Freud S.**, *Deuil et mélancolie*, Paris, PUF,
9. **Goethe J.W.**, *Les souffrances du jeune Werther*, Paris, Gallimard, Folio-bilingue, 1990
10. **Haut Comité de Santé Publique**, *Rapport général*, Paris, La documentation française, 1994
11. **Jeammet P., Birot E.**, *Etude psychopatologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte* - Paris, PUF, 1994
12. **Ladame F., Ottino J., Pawlak C.**, *Adolescence et suicide* - Paris, Masson, Médecine et psychothérapie, 1995
13. **Ministère de l'Education Nationale, Direction des lycées et collèges**, *Repères - conduites suicidaires* - Fondation de France, 1997
14. **O.M.S.**, *La santé des jeunes- un défi, un espoir* - Genève, éditions O.M.S., 1994
15. **Pommereau X.**, *L'adolescent suicidaire*- Paris, Dunod, Enfances-clinique, 1996
16. **Védrinne J.**, *Suicide et conduites suicidaires, Tome I* - Paris, Masson, 1981

Articles cités

17. **Badoc R.**, “ *Essai de modélisation d’une action de prévention du suicide en milieu scolaire* ”, communication faite aux journées du G.E.P.S. 1995 à St-Etienne
18. **Bonnet D., Chabrol H., Raynaud J.P., Moron P.**, “ *Perception et prévention des comportements suicidaires de l’adolescent : une évaluation en milieu scolaire* ”, *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 1994, juin, n°42, pp240-248
19. **Gasquet I., Choquet M.**, “ *Accueil des adolescents suicidants à l’hôpital général* ”, *Psych. Méd.*, 1993, mai, n° 25, pp 400-404
20. **Minois G.**, “ *L’Histoire et la question du suicide* ”, *L’Histoire*, 1995, juin, n° 189, pp 24- 31
21. **Roy P.**, “ *Une journée et un plan triennal pour faire reculer le suicide* ”, *Le Quotidien du Médecin*, 1999, février, n°6426, p28
22. **Surault P.**, *Variations sur les variations du suicide en France, Population*, 1995, juillet-octobre, n°4-5, pp 983-1012

Circulaire du Ministère de l’Education Nationale

23. Circulaire n°97-175 du 26-8-1997 “ *Instruction concernant les violences sexuelles* ”, chapitre VIII

Circulaires du Ministère de la Santé

24. Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988, relative à l’amélioration des conditions d’hospitalisation des adolescents
25. Circulaire n°70 du 11décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

VIDEOGRAPHIE

26. **Comité français pour l’adolescence**, *Adolescents en crise*, Paris, 1997, 19mn
27. **Desmeuzes M.**, *Sortie de secours*, Ministère de l’Education Nationale, Direction des lycées et collèges, 1994, 53 mn

ASSOCIATIONS

Sont répertoriées ici les associations œuvrant habituellement en Seine-et-Marne avec les services médico-sociaux de L'Education Nationale

28. Vivre son deuil - 17 rue Feutrier, 75017 Paris - Tel :01 42 62 15 05

29. L'école des parents et des éducateurs de France - 5 impasse Bon Secours, 75011 Paris - tel :01 44 93 44 88

Ouvrages consultés

A.N.A.E.S., *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Paris, A.N.A.E.S., 1998

Bauchet M., Trehony A., *Prévention du risque suicidaire : repérage des actions réalisées en Bretagne* - Rennes, Observatoire Régional de la Santé, 1997

Braconnier A., Chiland C., Choquet M., Pomarède R., *Dépression- Adolescentes, adolescents-* Paris, Bayard, Paï dos adolescence, 1995

Braconnier A., Marcelli O., *L'adolescence aux mille visages* - Paris, Editions Universitaires, Adolescences, 1991

C.F.E.S., “ *Ruptures* ”- *Le suicide des jeunes* - Paris, Direction Générale de la Santé, 1993

Courtecuisse V., *L'adolescence : les années métamorphoses* - Paris, Stock, 1992

Dolto F., *La cause des adolescents* - Paris, Robert Laffont, 1988

Dolto-Tolitch C., *paroles pour adolescents :le complexe du homard* - Paris, Hatier, 1990

Haut Comité de Santé Publique, *Santé des enfants, Santé des jeunes* - Rennes, éditions E.N.S.P., 1997

Articles consultés

Alvin P., “ *Les adolescents suicidant* ”, *La Revue du Praticien*, 1994, octobre, n° 269, pp 29-31

Badoc R., “ *Essai de modélisation d'une action de prévention du suicide en milieu scolaire* ”, Communication faite aux journées du GEPS 1995 à Saint-Etienne

Bruet-Ferréol C., “ *Le suicide des jeunes* ”, *Panorama du Médecin*, 1998, janvier, n°4531, p 50

Choquet M., “ *Suicide et adolescence :acquis épidémiologiques* ”, *mt pédiatrie*, 1998, août,

- C.I.E.**, “ *Prévention* ”, in *Tentatives de suicide à l’adolescence*, Colloque du Centre International de l’enfance, Paris, CIE éditeur, 1989
- Coumau C.**, “ *Suicide Éviter la récurrence* ”, *Impact Médecin Hebdo*, 1998, février, n°395, pp 6-14
- Gaudin F., Langlois G., Riou S.**, “ *Les maux des jeunes* ”, *Impact Médecin Hebdo*, 1998, novembre, n° 430, pp 32-37
- Jeammet P. et coll.**, “ *Conduites suicidaires à l’adolescence* ”, *La revue du praticien*, 1998, novembre, n°48, pp1405-1445
- Jeammet P. et coll.**, “ *Les troubles du comportement chez l’adolescent* ”, *Impact médecin hebdo*, 1998, septembre, n° 420
- Laurent-Beq A.**, “ *Le suicide des adolescents : en parler pour agir* ”, *PROSANE*, 1994, juillet, n°22, pp29-31
- Marié A.**, “ *La dépression de l’enfant et de l’adolescent est trop souvent méconnue* ”, *Le Quotidien du Médecin*, 1997, octobre, n° 6147, p 16
- Pronovost J.**, “ *La prévention du suicide en milieu scolaire* ”, *L’Observatoire Revue d’action sociale et médico-sociale*, 1994, n° 2, pp33-37
- Raynaud J.P.**, “ *Dépression de l’adolescent* ”, *Le Quotidien du médecin FMC*, 1998 novembre, n° 6375
- Rey C.**, “ *Tentative de suicide de l’adolescent* ”, *La Revue du Praticien*, 1998, mars, n° 412, pp 9-11
- Roudinesco E.**, “ *Tabou chez les psychanalystes* ”, *L’Histoire*, 1995, juin, n°189, pp43-44
- Seguin M. et coll.**, “ *La prévention du suicide en milieu collégial : est-ce possible ?* ”, *Psychologie médicale*, 1990, n°22, pp381-383 (Canada)-Copyright SPEI médical, Paris
- Ulpat A.**, *Prévenir le suicide des adolescents*, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 1998, septembre, n°2086, pp23-24
- Winock M.**, “ *Barrès, Durckheim et la mort des lycéens* ”, *L’Histoire*, 1995, juin, n°189, pp 40-42

ANNEXES

Les protocoles élaborés par le groupe de travail

annexe 1 :tentative de suicide - conduite à tenir

annexe 2 :suicide - conduite à tenir

Grilles d'entretien

annexe 3 :médecins

annexe 4 :infirmières

annexe 5 :chefs d'établissement

ENTRETIEN AVEC LES M.E.N.

I. Présentation

“ Mon mémoire porte sur la prise en charge des adolescents suicidaires. Le dernier rapport du Haut Comité de Santé Publique, constatant que 7% des élèves de 11 à 19 ans ont fait une tentative de suicide et que un sur trois récidive, fait de la prévention des conduites suicidaires de l'adolescent une de ses priorités . ”

II. Consigne initiale

“ Pouvez-vous m'exposer comment vous vivez la prise en charge d'un adolescent suicidaire ? ”

III. Relances

1. “ Comment réagissez-vous face à une tentative de suicide dont les conséquences vous apparaissent mineures ? ”
2. “ Quelles difficultés rencontrez-vous concernant :
 - *le repérage ?
 - *la prise en charge ?
 - *le suivi ?
3. “ Quelles difficultés relationnelles (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Education Nationale) avez-vous vécu ou imaginez-vous lors de telles situations ? ”

Penser à :

- Recentrer sur les tentatives de suicide et non les suicides aboutis
- Ne pas omettre le chapitre de la prise en charge

IV. Guide d'analyse de contenu de l'entretien

1. Le ressenti :
 - charge d'angoisse, voire de culpabilité, spécifiques à la problématique
 - formation initiale et continue (lectures éventuelles) sur ce thème : suffisante ?
 - solitude, manque de groupe de parole
2. Les représentations et connaissances
 - représentations et connaissances sur la problématique de la tentative de suicide
 - évocation ou non : d'un appel, d'un geste adressé à une personne
 - d'un besoin de rupture
 - compréhension de la nécessité de prendre “ au sérieux ” chaque tentative de suicide
 - de la nécessité d'hospitaliser
 - ou, au contraire, utilisation des mots : “ simulation ”, “ chantage affectif ”
 - représentation du rôle du M.E.N. : est-il dans l'utopie ?

3. La prise en charge de l'élève par l'équipe médicale aux 3 étapes :

- le repérage des élèves en difficulté (avant une tentative de suicide)
- l'urgence et la réponse qui lui est faite
- le suivi

4. Difficultés relationnelles

a) avec la *famille* : • le déni, la minimisation

- la culpabilité, la souffrance

entraînant parfois face à l'équipe médicale fuite ou agressivité

b) au sein de l'établissement scolaire :

- *l'équipe médico-sociale* : lien équipe médicale /assistante sociale
appréhension des différents rôles dans l'équipe éducative
- *l'équipe éducative* : *non-repérage du M.E.N.
*secret médical
*différences de représentations
*attitudes de dénégations
*manque de groupes de parole

c) *les médecins*

- traitant
- consultations de psychiatrie : face à ce problème (curatif, préventif, formation)
face à d'autres problèmes
- l'hôpital : urgences, pédiatrie, médecine, psychiatrie

5. Les documents du groupe de travail

- repérage : première réaction, souvenir
- intérêt ressenti
- échanges avec d'autres à ce sujet
- propositions

ENTRETIEN AVEC LES CHEFS D'ETABLISSEMENT

I. Présentation

“ Mon mémoire porte sur la prise en charge des adolescents suicidaires. Le dernier rapport du Haut Comité de Santé Publique, constatant que 7% des élèves de 11 à 19 ans ont fait une tentative de suicide et que un sur trois récidive, fait de la prévention des conduites suicidaires de l'adolescent une de ses priorités. ”

II. Consigne initiale

“ Pouvez-vous m'exposer les problèmes posés par la présence d'un adolescent suicidaire au sein d'un établissement secondaire ? ”

III. Relances

1. “ Comment voyez-vous la liaison , à cette occasion, avec *le M.E.N. ?

*l'infirmière d'établissement ?

*l'assistante sociale scolaire ? ”

2. “ Pensez-vous que sur ce point les membres de l'équipe éducative aient besoin :

*d'un lieu de parole ?

*de formation ?

Penser à :

- Recentrer sur les tentatives de suicide et non les suicides aboutis
- Ne pas omettre le chapitre sur le ressenti

IV. Guide d'analyse de contenu de l'entretien

1. Les représentations et les connaissances

- la fréquence des tentatives de suicide
- la peur de la “ contagion ” : le désir de taire les faits
- la compréhension de la signification : “ appel ” / “chantage ”
- l'appréhension du processus sous-jacent, ou au contraire le déni de sa gravité (notion de TS “ réactionnelle ”, ou de problème personnel nécessitant une réponse)

2. La prise en charge : lors des 3 “ étapes ” :

- attitude après le repérage par un membre de l'équipe éducative d'un élève ayant un risque de passage à l'acte

- gestion d'une TS au sein de l'établissement, en l'absence du personnel médical
 - *la responsabilité (c. f. " le ressenti)
 - *c. f. " le protocole "
- attitude de l'équipe éducative au retour d'un élève ayant fait une TS :
 - *inquiétude au sujet des autres élèves (la " contagion ")
 - *question sur l'attitude des enseignants (peur de la " réaction " aux mauvaises notes)
 - *la " surveillance " de l'élève

3.Le travail de liaison et les difficultés relationnelles

- avec l'équipe médico-sociale :
 - *le secret médical
 - *le peu de disponibilité du personnel médico-social
 - *le rôle des différents membres de l'équipe est-il bien identifié ?
- avec la famille

4.Le ressenti

- l'angoisse face à ce problème :
 - *en tant que " personne "
 - *en tant que chef d'établissement : la responsabilité (évoquera peut-être son inquiétude face à la gestion des problèmes médicaux physiques des élèves)
- solitude liée à la présence trop réduite du personnel médical dans l'établissement (c.f. supra)
- manque de formation
- manque de groupes de paroles pour le personnel enseignant

5. Le protocole :

- repérage : première réaction, souvenir
 - son intérêt : *est-il clair ?
 - *est-ce une aide ?
 - y a-t-il eu des discussions à son sujet ? a-t-il été dispatché ?
 - propositions

ENTRETIEN AVEC LES INFIRMIERES

I. Présentation

“ Mon mémoire porte sur la prise en charge des adolescents suicidaires. Le dernier rapport du Haut Comité de Santé Publique, constatant que 7% des élèves de 11 à 19 ans ont fait une tentative de suicide et que un sur trois récidive, fait de la prévention des conduites suicidaires de l'adolescent une de ses priorités. ”

II. Consigne initiale

“ Pouvez-vous m'exposer comment vous vivez la prise en charge d'un adolescent suicidaire ? ”

III. Relances

1. “ Comment réagissez-vous face à une tentative de suicide dont les conséquences vous apparaissent mineures ? ”
2. “ Quelles difficultés rencontrez-vous concernant :
 - *le repérage ?
 - *la prise en charge ?
 - *le suivi ?
3. “ Quelles difficultés relationnelles (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Education Nationale) avez-vous vécu ou imaginez-vous lors de telles situations ? ”

Penser à :

- Recentrer sur les tentatives de suicide et non les suicides aboutis
- Ne pas omettre le chapitre de la prise en charge

IV. Guide d'analyse de contenu de l'entretien

1. Le ressenti :
 - charge d'angoisse, voire de culpabilité, spécifiques à la problématique
 - formation initiale et continue (lectures éventuelles) sur ce thème : suffisante ?
 - solitude, manque d'échanges avec d'autres infirmières, avec le médecin
2. Les représentations et connaissances
 - représentations et connaissances sur la problématique de la tentative de suicide
 - évocation ou non : d'un appel, d'un geste adressé à une personne
 - d'un besoin de rupture
 - compréhension de la nécessité de prendre “ au sérieux ” chaque tentative de suicide
 - représentation du rôle de l'infirmière : est-elle dans l'utopie ?

3. La prise en charge de l'élève par l'équipe médicale aux 3 étapes :

- le repérage des élèves en difficulté (avant une tentative de suicide)
- l'urgence et la réponse qui lui est faite
- le suivi

4. Difficultés relationnelles

a) avec la *famille* : • le déni, la minimisation

- la culpabilité, la souffrance

entraînant parfois face à l'équipe médicale fuite ou agressivité

b) au sein de l'établissement scolaire :

- *l'équipe médico-sociale* : lien équipe médicale /assistante sociale
appréhension des différents rôles dans l'équipe éducative
- *l'équipe éducative* : *non-repérage de l'infirmière
*secret médical
*différences de représentations
*attitudes de dénégations
*manque de groupes de parole

5. Les documents du groupe de travail

- repérage : première réaction, souvenir
- intérêt ressenti
- échanges avec d'autres à ce sujet
- propositions