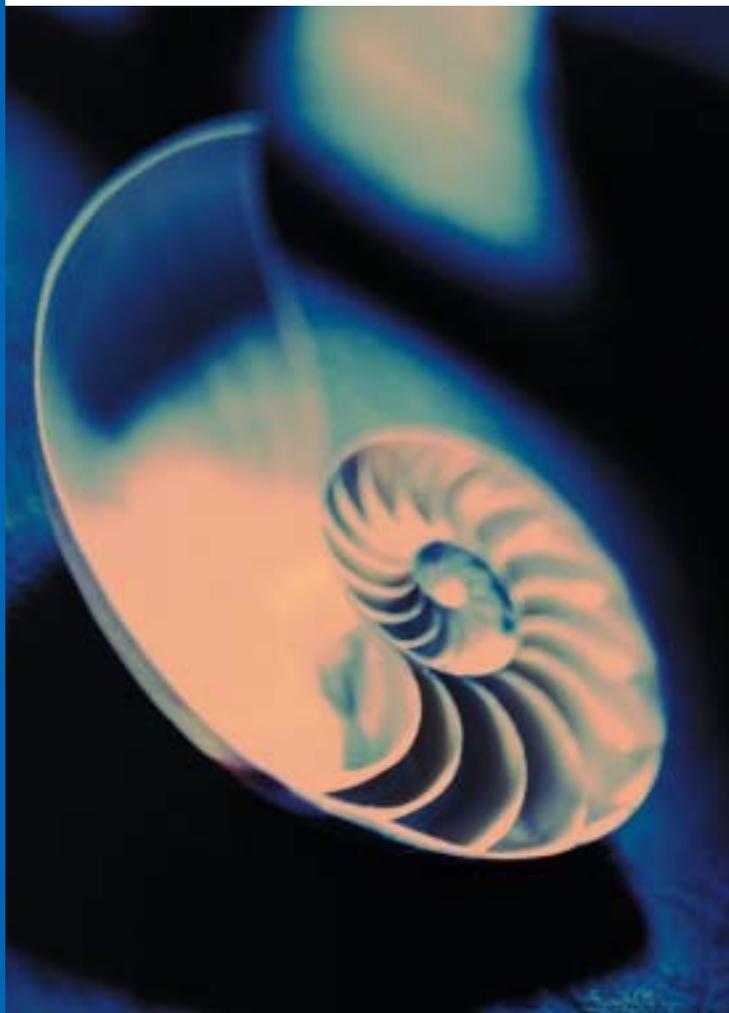


# Prévention primaire du suicide des jeunes

Recommandations pour les actions  
régionales et locales



# Prévention primaire du suicide des jeunes

Recommandations pour les actions  
régionales et locales

*Sous la direction de :*

- **la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**
- **le Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**
- **la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

**COLLECTION GUIDES D'ACTION**

Responsable de la collection  
**Bernadette ROUSSILLE**

Ce document peut être reproduit sans autorisation préalable des auteurs,  
sous réserve de mentionner explicitement leur nom et la source.

Décembre 2001

# Préambule

Ce guide est le fruit de deux années de travail en continu dans le cadre de la prévention du suicide en France.

Depuis 1999, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) soutient un programme de prévention du suicide inscrit dans la dynamique du Plan national de prévention du suicide mis en œuvre par la Direction générale de la santé (DGS) depuis 1998, et participe à la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) lancée en septembre 2000.

En 1999, ce programme a consisté à développer le volet de prévention primaire du suicide dans les Programmes régionaux de santé (PRS). Ce programme a été articulé avec le réseau de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et s'est attaché à renforcer les actions locales de prévention primaire.

À partir de ces antécédents, et tenant compte des éléments de bilan, la dynamique a été poursuivie en l'an 2000 avec pour objectif de produire un écrit : *Prévention primaire du suicide : recommandations aux acteurs et décideurs*.

La rédaction finale a été confiée à Francis Nock, consultant en santé publique.

Le document a bénéficié de l'analyse de M. le professeur Pierre-André Michaud, médecin chef au centre hospitalier universitaire Vaudois (Lausanne) et de M. Brian L. Mishara, Ph. D., directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (Montréal).

## Participants au groupe de travail

Pascale Angiolini (Cres Franche-Comté), Olivier Aromatario (Codes Moselle), Laure Carrere (Fédération nationale de la mutualité française), Béatrice Caron (Fédération nationale de la mutualité française), Amélie Chantraine (Cres Bretagne), Stéphane Chateil (Cresif), Isabelle Danset (Cres Nord-Pas-de-Calais), Florence Daussant (Codes Gard), France Dupouet (Covess Vendée), Muriel Durand (Ades Rhône), Isabelle Escure (Cres Poitou-Charente), Sandrine Leiser (CNAMTS), Nathalie Lesplingard (Cres Basse-Normandie), Françoise Maitre (Cdes Ardennes), Claude Michaud (Codes Doubs), Sébastien Millet (Mutualité française Doubs), Anne-Marie Palicot (Codess Ille-et-Vilaine), Marc Pastor (Mutualité de Saône-et-Loire), Corinne Roehrig (Cres Haute-Normandie), Véronique Sibut (Mutualité 26), Fabien Tuleu (CFES).

# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>Première partie : Le suicide des jeunes dans les pays industrialisés</b>                     |           |
| Quelques définitions .....  | <b>12</b> |
| Le phénomène suicidaire .....   | <b>12</b> |
| Facteurs de risques et facteurs de protection .....   | <b>13</b> |
| Repères épidémiologiques .....  | <b>16</b> |
| Le suicide .....  | <b>17</b> |
| Les tentatives de suicide .....   | <b>19</b> |
| Les idées suicidaires .....   | <b>20</b> |
| <b>Deuxième partie : Prévention des tentatives de suicide des jeunes : cadre conceptuel</b>     |           |
| Approche psychopathologique .....   | <b>26</b> |
| Définition .....  | <b>26</b> |
| Type d'actions correspondant à cette approche .....   | <b>27</b> |
| Approche psychodynamique .....  | <b>29</b> |
| Définition .....  | <b>29</b> |
| Références théoriques .....   | <b>31</b> |
| <b>Troisième partie : Mener une action dans le cadre de la prévention du suicide des jeunes</b> |           |
| Recommandations générales .....   | <b>38</b> |
| Agir auprès des jeunes .....  | <b>42</b> |
| Agir en promotion de la santé mentale .....   | <b>42</b> |
| Agir en prévention primaire du suicide .....  | <b>51</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| Intervenir auprès des professionnels .....                      | <b>63</b> |
| Intervenir en promotion de la santé mentale .....               | <b>63</b> |
| Intervenir en prévention primaire des tentatives de suicide ... | <b>69</b> |
| Agir auprès des parents .....                                   | <b>89</b> |
| Objectifs .....   | <b>89</b> |
| Sensibilisation et information .....                            | <b>89</b> |
| Soutien à la fonction parentale .....                           | <b>94</b> |
| Soutien après un suicide .....                                  | <b>95</b> |
| <br>  |           |
| <b>Conclusion</b> .....   | <b>97</b> |

## **Annexes**

|  |            |
|--|------------|
| <b>Annexe 1</b> : Fiches d'analyse de la pédagogothèque du CFES .....  | <b>101</b> |
| Fiche A : C'est dur de trouver les mots .....  | <b>102</b> |
| Fiche B : La déprime .....   | <b>103</b> |
| Fiche C : Une autre vie .....  | <b>104</b> |
| Fiche D : Ce rayon de soleil... Témoignages .....  | <b>105</b> |
| <b>Annexe 2</b> : Chartes .....  | <b>107</b> |
| Charte A : Vers une « Charte de qualité » du réseau des comités<br>sur la formation en éducation pour la santé ..... | <b>108</b> |
| Charte B : Charte associative du projet régional de santé<br>de Bretagne .....                                       | <b>113</b> |
| Charte C : Charte des écoutants du réseau Action santé jeunes ..   | <b>116</b> |
| <b>Annexe 3</b> : Bibliographie complémentaire .....   | <b>119</b> |
| <b>Annexe 4</b> : Liste des sigles .....   | <b>122</b> |

# Introduction

En 1996 et 1997, lors des deux premières conférences nationales de santé, le suicide a été retenu comme l'une des dix priorités nationales de santé publique. Puis, durant la période 1998 à 2000, le ministère de la Santé a élaboré un plan national de prévention du suicide, axé sur les adolescents et les jeunes adultes.

Parmi les tous premiers travaux sur cette question, il faut citer l'ouvrage de l'association Premutam, rassemblant la CNAMTS et la Mutualité française, *Prévention des suicides et tentatives de suicide, État des lieux 1995–1997*[1]. Effectué par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors), il s'agit d'un bilan des actions réalisées dans cinq régions. Les recommandations issues de ce document concernent l'épidémiologie, la prise en charge et les actions de prévention primaire.

En 1999, dans le cadre du plan national de prévention du suicide, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a élaboré des recommandations sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. En outre, la Fnors a procédé à l'évaluation de huit actions de prévention du suicide développées dans le cadre des PRS qui a permis l'élaboration de recommandations parues en août 2000. L'année 2000 a été riche en événements nationaux permettant de confronter les pratiques et de faire le bilan de ces premières années de travail. La conférence des Drass à portée européenne, ainsi que le congrès national des ORS, qui se sont tenus à Nantes en septembre ont été consacrés à la prévention du suicide des jeunes. La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)[2] est lancée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne avec notamment l'organisation, en octobre 2000 par l'Anaes et la Fédération française de psychiatrie, d'une conférence de consensus visant à élaborer un modèle du processus suicidaire et des référentiels pour le repérage et la prise en charge. C'est de cette conférence dont est issu l'essentiel du contenu des deux premières parties de ce guide.

En décembre 2000, la Stratégie nationale d'actions de prévention du suicide, qui s'appuyait sur les douze régions ayant défini un Programme régional de santé (PRS) sur ce thème, s'est élargie à l'ensemble des régions françaises. Ainsi, un référent suicide chargé de mettre en œuvre un plan régional a été nommé dans chacune des quatorze régions qui ne bénéficiaient pas de PRS.

Sur le plan de la prévention primaire, le Comité français d'éducation pour la santé a mis en place un groupe de travail national, bénéficiant du pilotage de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Direction générale de la santé et de la Fédération nationale de la mutualité française.

Dès 1998, le CFES avait constitué plusieurs groupes nationaux sur les thématiques d'éducation pour la santé apparaissant dans les Programmes régionaux de santé. À l'examen des PRS sur le suicide, est apparu un faible investissement dans les actions de prévention primaire. Neuf actions locales ou régionales ont alors été soutenues financièrement pour permettre la définition des méthodes, démarches et outils à promouvoir dans ce domaine. En 2000, décision est prise de produire un guide, outil d'aide à l'action pour les acteurs de terrain.

Trois sous-groupes, composés d'acteurs de terrain des réseaux du CFES et de la FNMF, ont travaillé sur :

- la formation des professionnels,
- les outils d'information les plus adaptés à la thématique,
- les actions de promotion de la santé mentale auprès des jeunes.

Sans vouloir être exhaustifs, ces groupes ont rassemblé, en plus de leurs actions, des documents sur de nombreuses expériences menées à travers la France.

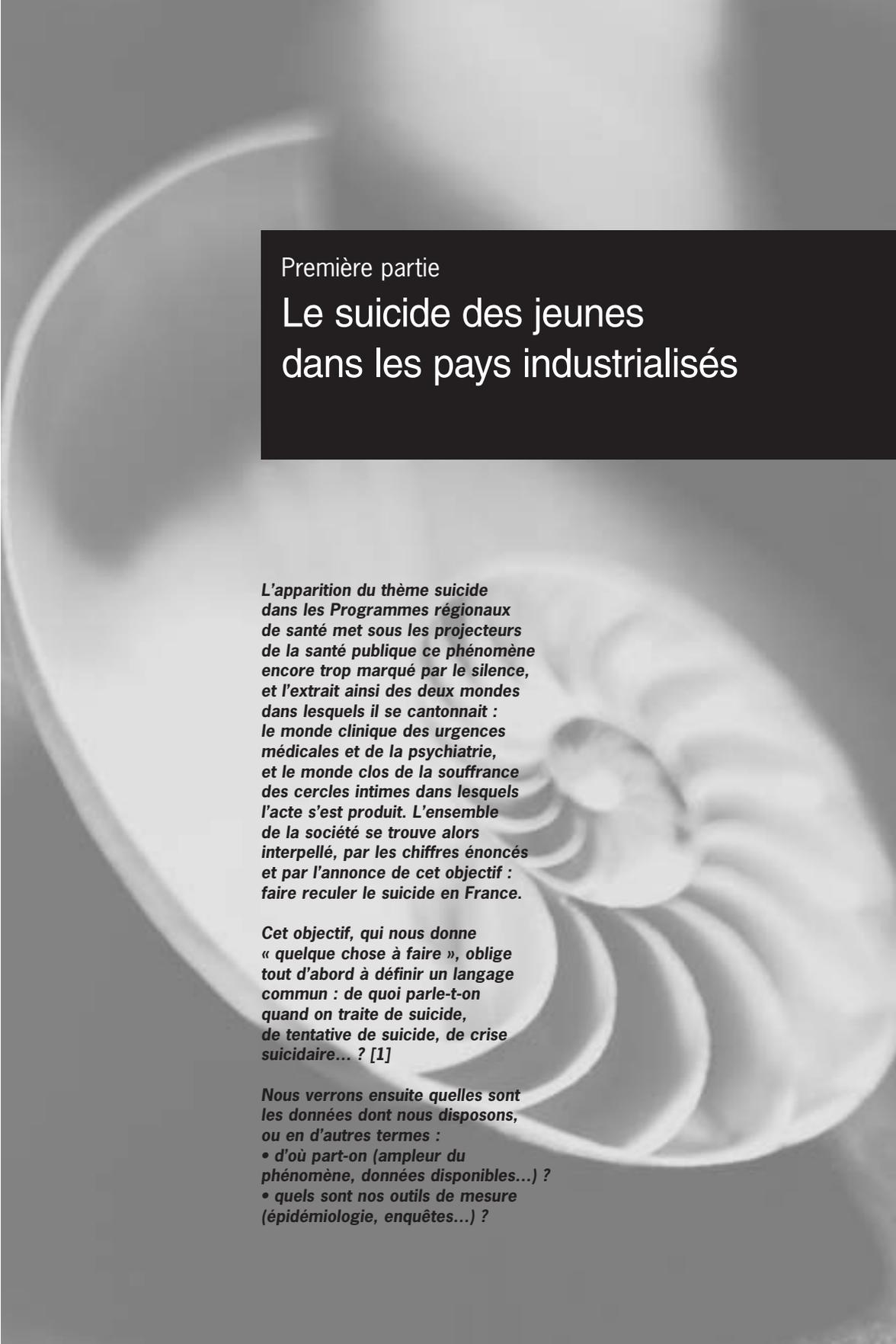
Le résultat de ces travaux est présenté ici, avec l'espoir qu'il sera utile aussi bien aux acteurs désirant s'engager dans la prévention du suicide des jeunes, qu'à tous ceux déjà engagés, afin d'interroger leurs pratiques et peut-être de trouver de nouvelles pistes d'action.

À côté de ces recherches et de ces actions, de nouvelles études et évaluations sont en cours de réalisation pour aider les acteurs de terrain à affiner leur démarche. Ainsi, le ministère de la Santé a créé un pôle d'observation sur la mortalité et la morbidité suicidaire, pour améliorer la déclaration des tentatives de suicide par les médecins généralistes ; une étude épidémiologique sur les suicides avec utilisation d'armes à feu ou de médicaments a également été commandée. Enfin, sont en cours des évaluations concernant les services de téléphonie sociale ainsi que les points d'accueil jeunes et les points écoute jeunes-parents.

Enfin, en octobre 2001, a été signée une convention entre la Direction générale de la santé et le Comité français d'éducation pour la santé pour le renforcement de la pédagogie du CFES sur le thème de la prévention du suicide et plus largement de la santé mentale, afin de repérer et de valoriser des outils de prévention du suicide pertinents et novateurs, permettant ainsi d'accompagner les professionnels dans un choix d'outils adaptés à leurs actions et de capitaliser les savoir-faire développés autour de ces outils.

## Références bibliographiques

- [1] Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors). *Prévention des suicides et tentatives de suicide. État des lieux 1995–1997. Bilans régionaux réalisés par la Fnors en : Aquitaine, Bretagne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes*. Paris : Édition FNMF, 1998, 317 p., réf. 8 p., index.
- [2] Circulaire n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) : actions prioritaires pour 2001. Circulaire signée par Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, 27 p.



Première partie

## Le suicide des jeunes dans les pays industrialisés

*L'apparition du thème suicide dans les Programmes régionaux de santé met sous les projecteurs de la santé publique ce phénomène encore trop marqué par le silence, et l'extrait ainsi des deux mondes dans lesquels il se cantonnait : le monde clinique des urgences médicales et de la psychiatrie, et le monde clos de la souffrance des cercles intimes dans lesquels l'acte s'est produit. L'ensemble de la société se trouve alors interpellé, par les chiffres énoncés et par l'annonce de cet objectif : faire reculer le suicide en France.*

*Cet objectif, qui nous donne « quelque chose à faire », oblige tout d'abord à définir un langage commun : de quoi parle-t-on quand on traite de suicide, de tentative de suicide, de crise suicidaire... ? [1]*

*Nous verrons ensuite quelles sont les données dont nous disposons, ou en d'autres termes :*

- d'où part-on (ampleur du phénomène, données disponibles...) ?*
- quels sont nos outils de mesure (épidémiologie, enquêtes...) ?*



# Quelques définitions

## Le phénomène suicidaire

Le phénomène suicidaire peut se repérer par plusieurs types de manifestations :

- Les suicides, c'est-à-dire le nombre de **personnes** s'étant volontairement donné la mort. Ces données sont centralisées par l'Inserm, qui comptabilise l'ensemble des décès et leur cause.

On parle de *mortalité suicidaire* et de *suicidés*.

- Les tentatives de suicide, ou nombre de **tentatives** de se donner la mort qui n'aboutissent pas, mais qui conduisent souvent à une hospitalisation ou à une consultation médicale. La déclaration n'étant pas obligatoire, on ne dispose que de données partielles, venant d'enquêtes épidémiologiques spécifiques menées auprès de services d'urgence des hôpitaux, de services de psychiatrie, de médecins généralistes. Comme toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à un contact avec le système de soins, des enquêtes épidémiologiques en population générale auprès d'échantillons représentant tout ou partie de la population viennent compléter les données disponibles.

On parle de *morbidité suicidaire* et de *suicidants*.

- Les idées suicidaires, c'est-à-dire la fréquence et la répartition dans la population de pensées tournant autour du suicide (idées, impulsions, tentations, décisions, plans, formulés ou non). Ces données ne peuvent s'obtenir que par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en population générale.

On parle d'*idéation suicidaire* et de *personnes suicidaires*.

- On trouve également le terme de comportement suicidaire, qui qualifie chez un individu donné une succession de comportements mettant en danger, sinon sa vie, du moins sa santé.

- D'autres auteurs parlent de *crise suicidaire*, c'est-à-dire de la période pendant laquelle une personne est en proie à une intense souffrance psychique dont elle ne sait comment sortir, période qui peut se terminer par une tentative de suicide. Il n'existe pas de données sur le nombre de personnes en situation de crise suicidaire à un temps donné.

## Facteurs de risques et facteurs de protection

Les travaux des épidémiologistes et des sociologues ne se limitent pas à mesurer l'incidence des suicides et des tentatives ou la prévalence des idées suicidaires dans la population ; ils s'intéressent également aux raisons, ou aux causes du passage à l'acte suicidaire.

La notion de facteurs de risques est une notion statistique qui repère une association significative entre l'acte d'attenter à ses jours et d'autres éléments caractéristiques des suicidés ou des suicidants. Les facteurs de risques à l'adolescence sont présentés selon des classifications différentes en fonction des auteurs. Tout dépend de leur profession (sociologue, épidémiologiste, psychiatre, psychanalyste...) et de l'école de pensée à laquelle ils participent. On retrouve en général des éléments semblables, mais différemment hiérarchisés. Nous avons choisi de présenter ici la classification de Marie Choquet[2], plus spécifiquement centrée sur les suicides et les tentatives de suicide chez les adolescents :

- les facteurs de risques familiaux : une psychopathologie parentale, dont l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire, violence entre parents ou entre parents et enfants, abus sexuels, dissociation familiale, faible qualité des relations parents-enfants...
- les facteurs de risques psychologiques et psychopathologiques : troubles psychiatriques et troubles de l'adaptation, dépression souvent mal diagnostiquée chez les jeunes, ou désespoir (impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes), comportements violents, violence physique ou sexuelle subie...
- les facteurs de risques comportementaux : consommation régulière de drogues, d'alcool (classée dans les troubles psychiatriques pour les classifications plus médico-centrées), consommation quotidienne de tabac, absentéisme scolaire, comportements violents...

Ces facteurs de risques ne sont pas spécifiques du suicide ou des tentatives, la plupart étant communs avec d'autres troubles que l'on peut rencontrer lors de l'adolescence, dont l'abus de substances psycho-actives, la dépression, la délinquance...



- Les facteurs de risques sociaux : il y a encore peu de travaux sur cette question, les facteurs psychologiques et familiaux ayant été privilégiés. Des travaux réalisés au Canada et aux États-Unis montrent une association positive entre le taux de suicide et la consommation d'alcool, la proportion de personnes âgées, le taux de divorce. En revanche, le taux de suicide est inversement proportionnel au taux de natalité. D'autres travaux distinguent suicide des jeunes urbains et des jeunes ruraux, ou bien l'origine ethnique et culturelle, l'influence de la religion ou encore le niveau scolaire des parents, leurs revenus et la mobilité de résidence...

- Les auteurs anglo-saxons mettent souvent en avant les risques liés à l'accès aux moyens de mettre fin à ses jours (arme à feu au domicile, accès à des médicaments psychotropes, etc.).

- À noter enfin que sont signalés par quelques auteurs des facteurs de risques biologiques et génétiques (liés à l'activité sérotoninergique et au taux de cholestérol).

**La notion de facteurs de risques intervient à un niveau collectif, et ne peut s'appliquer à un individu donné. La plupart des auteurs insistent sur le fait qu'il n'y a jamais de relation de cause à effet, qu'il y a toujours plusieurs facteurs qui interviennent, et que ces facteurs interagissent entre eux.**

Au niveau individuel, on parlera plus facilement de :

- facteurs prédisposants : il s'agit d'une vulnérabilité individuelle, une fragilité liée à l'histoire et à la situation actuelle de la personne : suicide dans la famille, deuils précoces suite à un décès ou une rupture, maltraitance subie, isolement social, sentiment d'être dévalorisé par rapport aux autres (puberté, problème d'orientation sexuelle ou d'identité sexuelle...). Une tendance à l'impulsivité est également souvent mentionnée.

- Facteurs précipitants (qui déclenchent le phénomène étudié) : ce sont des événements stressants qui induisent une grande souffrance psychique et que la personne ne parvient pas à surmonter. Chez les adolescents, il peut s'agir d'un conflit interpersonnel avec un de leurs pairs ou une personne clé, d'un problème disciplinaire avec les parents, à l'école ou avec la loi, ces conflits entraînant un sentiment de rejet et d'humiliation.

Une autre classification regroupe les facteurs de risques individuels en trois catégories :

- des changements importants dans :
  - les relations interpersonnelles,
  - le bien-être personnel et familial,
  - l'image corporelle,
  - la vie à l'école, à l'université, au travail,
  - la situation financière,
  - l'environnement (événements importants médiatisés) ;



- des deuils difficiles à surmonter :
  - mort d'une personne aimée,
  - fin d'une relation importante,
  - perte de l'estime de soi,
  - perte de l'espoir en son avenir,
  - perte d'emploi ;
- des violences subies :
  - physiques,
  - émotionnelles, psychologiques,
  - sexuelles,
  - sociales (rejet, absence de considération...).

Toutefois, tous les jeunes dans les situations décrites plus haut ne tentent pas de mettre fin à leurs jours. Il est fait état de :

- facteurs de protection : il s'agit essentiellement du fait de ne pas être isolé, et d'avoir quelqu'un d'accessible à qui parler de ses problèmes et de son état. Avoir une bonne estime de soi, être capable de nouer des relations basées sur une confiance réciproque, se sentir responsable de quelqu'un d'autre, d'une tâche, sont autant d'éléments classés comme facteurs de protection. Pour les jeunes suicidants, la prise en charge thérapeutique est également un facteur de protection.

Ces données sur les facteurs individuels reposent plutôt sur des entretiens approfondis avec de jeunes suicidants. Elles mettent donc en évidence essentiellement des facteurs personnels et interpersonnels. Mais le fait qu'ils soient retrouvés *a posteriori* ne leur confère pas une valeur prédictive : ce n'est pas parce qu'un jeune présente certains de ces facteurs qu'il va passer à l'acte, et des jeunes se suicident sans présenter de tels facteurs. Mis à part peut-être les cas psychiatriques, une tentative de suicide survient en général à la suite d'un stress grave, entraînant un déséquilibre psychique important et durable, et après l'échec de plusieurs tentatives de résolution du problème.

## Références bibliographiques

Les parties 1 et 2 de ce guide ont bénéficié d'une première approche réalisée par la Mutualité française.

- [1] Nock F. *La prévention primaire du suicide des jeunes, repères épidémiologiques et conceptuels et actions menées par les Unions départementales du réseau de promotion de la santé de la Mutualité française*. Document interne, Département santé publique, Fédération nationale de la mutualité française, mars 2001, 30 p.
- [2] Choquet M. *Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques*. In : Fédération française de psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte des experts*. Paris : Anaes, Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000 : p. 181-201.



# Repères épidémiologiques

L'épidémiologie est un outil majeur de la santé publique. On lui demande d'abord d'établir l'importance d'un phénomène et sa répartition selon différents paramètres (sexe, âge, région...) pour aider à la définition de stratégies de prévention, puis d'en mesurer l'impact. Or, en matière de suicide et de sa prévention, les difficultés sont nombreuses :

- Le phénomène suicidaire est relativement rare, particulièrement chez les jeunes. Cependant, sa fréquence est sans commune mesure avec l'impact émotionnel qu'il engendre aussi bien dans la population qu'auprès des décideurs. Cette relative rareté rend particulièrement difficile l'évaluation des résultats des programmes régionaux. En effet, elle demanderait une enquête sur un nombre trop élevé de personnes pour noter une amélioration à un niveau régional. Il faudrait par exemple 40 000 agriculteurs ou 400 000 jeunes pour pouvoir mesurer une diminution significative de 10 % de l'incidence du suicide dans ces populations particulières... La question de la durée d'observation se pose aussi : les cinq années d'un PRS ne suffisent sans doute pas à repérer une évolution notable.
- Les données statistiques ne fournissent pas forcément des indications suffisantes pour orienter les actions, et elles sont de surcroît difficiles à interpréter. Ainsi, par exemple, on sait que de nombreux suicidants ont vu un médecin généraliste avant leur tentative de suicide, mais les mêmes chiffres veulent également dire qu'un généraliste donné doit voir 10 000 personnes en consultation pour une qui fera ensuite une tentative de suicide...

Les enquêtes à venir devraient nous documenter davantage sur les différents facteurs qui poussent à la tentative de suicide, pour essayer de mieux orienter les actions de prévention vers les publics les plus exposés. Un travail communautaire auprès de populations particulières sous forme de recherche-action (zone géographique, public en échec scolaire, etc.)

peut également permettre de repérer des facteurs de vulnérabilité sur lesquels on peut ensuite agir en menant des programmes appropriés.

Malgré ces limites, les données épidémiologiques dont nous disposons sont essentielles. Celles qui sont présentées ici sont forcément incomplètes. Elles visent à donner quelques repères, à montrer l'intérêt, mais aussi les limites des données chiffrées, et à faire apparaître ce qui est aujourd'hui compté et recherché.

## Le suicide

Il existe vraisemblablement une sous-déclaration du phénomène, liée au tabou et à la honte qui entourent encore trop fréquemment le suicide, mais aussi aux contrats d'assurance vie qui l'excluent des causes de mort ouvrant droit au versement de la prime. Cette sous-déclaration est estimée en France à environ 20 %.

La France est l'un des pays les plus concernés au monde. On peut noter que les statistiques n'existent pas pour l'ensemble des pays en développement, du fait de la faiblesse des moyens disponibles pour la surveillance sanitaire. Même pour les pays industrialisés, les données ne sont pas toujours exactement comparables, du fait de différences dans le mode de déclaration et l'attention relative apportée aux différents problèmes de santé (cf. tableau p. 18).

En France, le nombre de suicides a augmenté régulièrement entre les années 50 et le milieu des années 80. Une augmentation importante a été constatée entre 1975 (8 323 décès) et 1985 (12 501 décès).

Ensuite, ce nombre est resté pratiquement stable, autour de 12 000 décès par suicide (ce qui correspond environ à 20 pour 100 000 habitants), avec une légère tendance à la diminution dans les dernières années. En France, on compte aujourd'hui un suicide toutes les 40 minutes environ.

Les tranches d'âge les plus touchées sont celles de 25 à 55 ans, puis de plus de 75 ans. Les femmes décédées par suicide sont 3 à 4 fois moins nombreuses que les hommes. Cela se retrouve dans tous les pays qui mènent cette surveillance, à l'exception notable de la Chine, où l'on retrouve plus de femmes que d'hommes parmi les suicidés.

Quand on observe l'évolution des taux dans le temps, on constate un effet générationnel ; l'augmentation des taux de suicide a progressivement gagné les différentes tranches d'âge, accompagnant, en fait, le vieillissement de la classe d'âge née dans les années suivant la Seconde Guerre mondiale. Cette augmentation a concerné également les dépressions majeures, sans que l'on puisse expliquer ce phénomène. Si cette influence



## Taux de suicide par pays pour 100 000 habitants

| Pays                                | Année | Hommes | Femmes |
|-------------------------------------|-------|--------|--------|
| <i>Anciens « pays de l'Est » :</i>  |       |        |        |
| Lituanie                            | 1998  | 73,7   | 13,7   |
| Russie                              | 1997  | 66,4   | 12,3   |
| Biélorussie                         | 1998  | 63,4   | 10,1   |
| Estonie                             | 1996  | 59,4   | 10,5   |
| Ukraine                             | 1998  | 51,7   | 10,6   |
| Hongrie                             | 1998  | 51,1   | 14,7   |
| Slovénie                            | 1997  | 49,3   | 11,8   |
| <i>Europe :</i>                     |       |        |        |
| Finlande                            | 1996  | 38,7   | 10,7   |
| Belgique                            | 1994  | 31,2   | 11,4   |
| Autriche                            | 1998  | 30,0   | 9,2    |
| Suisse                              | 1996  | 29,2   | 11,6   |
| Luxembourg                          | 1997  | 29,0   | 9,8    |
| France                              | 1997  | 28,4   | 10,1   |
| Danemark                            | 1996  | 24,3   | 9,8    |
| Allemagne                           | 1998  | 21,5   | 7,3    |
| Suède                               | 1996  | 20,0   | 8,5    |
| Irlande                             | 1996  | 19,2   | 3,5    |
| Norvège                             | 1995  | 19,1   | 6,2    |
| Hollande                            | 1997  | 13,5   | 6,7    |
| Espagne                             | 1996  | 12,8   | 4,3    |
| Italie                              | 1996  | 12,4   | 4,2    |
| Grande-Bretagne                     | 1997  | 11,0   | 3,2    |
| Portugal                            | 1998  | 8,7    | 2,7    |
| Grèce                               | 1997  | 6,2    | 1,0    |
| <i>Autres pays industrialisés :</i> |       |        |        |
| Japon*                              | 1997  | 26,0*  | 11,9   |
| Canada                              | 1997  | 19,6   | 5,1    |
| Australie                           | 1995  | 19,0   | 5,1    |
| États-Unis                          | 1997  | 18,7   | 4,4    |

(Source : OMS, extrait ; octobre 2000)

\* En 1998 et 1999, s'est produit une augmentation importante des suicides chez les hommes entre 35 et 50 ans, due essentiellement aux vagues de licenciements qui ont affecté l'économie japonaise.

persiste, une augmentation des taux est à craindre dans les décennies à venir pour les tranches d'âge supérieures à 55 ans. L'existence de tels effets complique encore l'évaluation de la portée éventuelle d'une campagne de prévention. La baisse des taux de suicide constatée chez les adolescents entre 1980 et 1990 (– 10 % pour les garçons et – 19 % pour les filles) est peut-être due, en partie, à cet effet générationnel.

Les adolescents ne sont donc pas les plus concernés par ce phénomène, même s'il s'agit de la deuxième cause de décès pour les 15-24 ans. En France, on comptait :

- en 1995 : 11 812 suicides dont 802 chez les jeunes de 15 à 24 ans, ce qui représentait 16 % des décès dans cette classe d'âge, loin derrière les accidents de la circulation (38 %) ;

- en 1997 : 11 139 suicides dont 701 chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Le rapport hommes/femmes dans cette tranche d'âge est de 3,5.

En France, le taux de suicide dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans s'établit aujourd'hui aux alentours de 10/100 000 (15,2 pour les garçons et 4,6 pour les filles), contre 13/100 000 aux États-Unis, où, d'ailleurs, le taux varie peu en fonction de l'âge.

Chez les adolescents, la létalité par suicide est beaucoup plus faible que chez les personnes âgées. Ce taux mesure le nombre de tentatives de suicide (TS) pour un suicide avéré (S).

- Entre 15 et 24 ans :     TS/S= 22 chez les garçons,  
                                  TS/S =160 chez les filles ;

- Entre 65 ans et plus :   TS/S = 1 chez les hommes,  
                                  TS/S = 3 chez les femmes.

Les modes de suicide diffèrent selon le sexe :

- les garçons utilisent plus volontiers des moyens violents : la pendaison et l'utilisation des armes à feu totalisent 74 % des moyens utilisés ;

- les moyens utilisés par les filles sont plus divers : 27 % par pendaison, 25 % par intoxication, 19 % par précipitation et 15 % par utilisation d'une arme à feu.

## Les tentatives de suicide

Une enquête OMS\* montre qu'en France, la morbidité suicidaire s'établit autour de :

- 300/100 000 chez les hommes, avec un pic pour la tranche d'âge des 25-44 ans ;

- 600/100 000 chez les femmes, avec une majorité dans la tranche d'âge des 15-24 ans.

On estime, selon différentes sources, le nombre de tentatives de suicide à environ 160 000 par an en France, soit une toutes les 4 minutes, donnant lieu à 40 000 hospitalisations.

---

\* [http : //www.who.int/mental-health/Topic-Suicide/suicide-rates.html](http://www.who.int/mental-health/Topic-Suicide/suicide-rates.html).



Les enquêtes sur les tentatives de suicide sont relativement rares. En France, 7 % des jeunes scolarisés entre 11 et 19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide. La plus récente des enquêtes Inserm[1] fait état également d'un taux de 7 % de tentatives de suicide chez les 15-24 ans. Aux États-Unis, c'est également le cas de 7 à 9 % des adolescents.

D'autres résultats sont fournis par le Baromètre santé 2000[2] (CNAMTS, FNMF, CFES) :

| Tranches d'âge | Garçons | Filles |
|----------------|---------|--------|
| 12-14 ans      | 0,8 %   | 3,5 %  |
| 15-19 ans      | 1,8 %   | 6,9 %  |
| 20-25 ans      | 4,4 %   | 7,7 %  |

En général, les enquêtes montrent des variations de taux en fonction de différents facteurs :

- il double chez les jeunes ayant quitté le système scolaire ;
- les jeunes au chômage, par exemple, présentent un taux de tentatives de suicide de 16,4 versus 4,3 % pour les autres ;
- les taux sont également supérieurs chez les jeunes ayant subi des violences physiques ou sexuelles ;
- on trouve chez les suicidants 4 fois plus d'événements traumatisants, ou événements de vie non désirés et non maîtrisables, que dans la population générale.

Les principaux moyens utilisés pour les tentatives de suicide sont la phlébotomie (coupure des veines) et l'absorption de médicaments. Un tiers des suicidants environ récidive.

## Les idées suicidaires

En France, selon le Baromètre santé jeunes[3], 23 % des garçons et 35 % des filles ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois ; aux États-Unis, chez les 15-19 ans, c'est le cas de 26 % des garçons et 41 % des filles ; au Québec, ils sont respectivement 21 % et 37 %. Ces données sont remarquablement proches. C'est entre 14 et 20 ans que les idées suicidaires sont le plus répandues.

Chez les plus jeunes, les enquêtes sont plus rares. Le baromètre santé jeunes[3] montre que 12 % des collégiens et 22 % des collégiennes ont déjà pensé au suicide.

Un travail de l'unité 472 de l'Inserm[1] a mis en évidence que 8 % des adolescents scolarisés et 13 % des adolescentes pensent souvent au suicide et que 41 % de ceux-ci ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, contre seulement 1 % de ceux qui déclarent n'y avoir pas pensé auparavant. Cela établit un lien fort entre idéation suicidaire et tentative de suicide, et incite à prendre l'expression de ces idées au sérieux.

Estimation de la proportion d'adolescents scolarisés rapportant des idées suicidaires, en France :

| Âge                          | Garçons |       |       | Filles |       |       |
|------------------------------|---------|-------|-------|--------|-------|-------|
|                              | < 13    | 14-15 | 16-17 | < 13   | 14-15 | 16-17 |
| Ont des idées suicidaires    | 16 %    | 17 %  | 22 %  | 16 %   | 29 %  | 33 %  |
| Ont fait une TS              | 6 %     | 5 %   | 4 %   | 4 %    | 8 %   | 9 %   |
| Rapport idées suicidaires/TS | 2,7     | 3,4   | 5,5   | 4,0    | 3,6   | 3,7   |

On le voit, les données disponibles sont très parcellaires, et proviennent essentiellement d'enquêtes que l'on pourrait appeler « rétrospectives ». Certains se sont tués : qui étaient-ils et pourquoi se sont-ils tués ? D'autres, plus nombreux, ont essayé de le faire : qui sont-ils et pourquoi ont-ils voulu le faire ? Beaucoup plus encore songent à se tuer : qui sont-ils et qu'est-ce qui fait naître ces idées ? Les enquêtes visent à déterminer les populations concernées par le phénomène, et recherchent les facteurs de risques. La question d'une prévention possible est donc au cœur des études sur le suicide.

Ces études s'organisent autour de la question du suicide en tant qu'aboutissement. Le fait qu'il s'agisse de tentatives ou éventuellement de projets plus ou moins avancés importe peu, puisque l'on peut passer de l'idée à la tentative, et que la tentative semble presque appeler la récurrence qui peut être à chaque fois fatale. Identifier les personnes qui se suicident, ou tentent plusieurs fois de le faire, peut permettre de repérer les sujets à risques et de les amener vers le soin, avant qu'ils ne passent à l'acte.

Une autre façon d'étudier le phénomène est d'observer le comportement des jeunes et l'ensemble des manifestations que peut prendre l'expression du mal-être, ou de la souffrance psychique que vivent certains d'entre eux. L'idéation suicidaire, la tentative de suicide ou le suicide vont alors apparaître aux côtés d'autres manifestations comme la dépression, mais aussi les fugues, la violence, l'abus de substances psycho-actives, etc.

Ces deux angles d'observation vont amener des propositions différentes d'intervention imposant des priorités et des objectifs différents. Nous allons essayer de mieux caractériser ces deux approches dans la partie suivante.



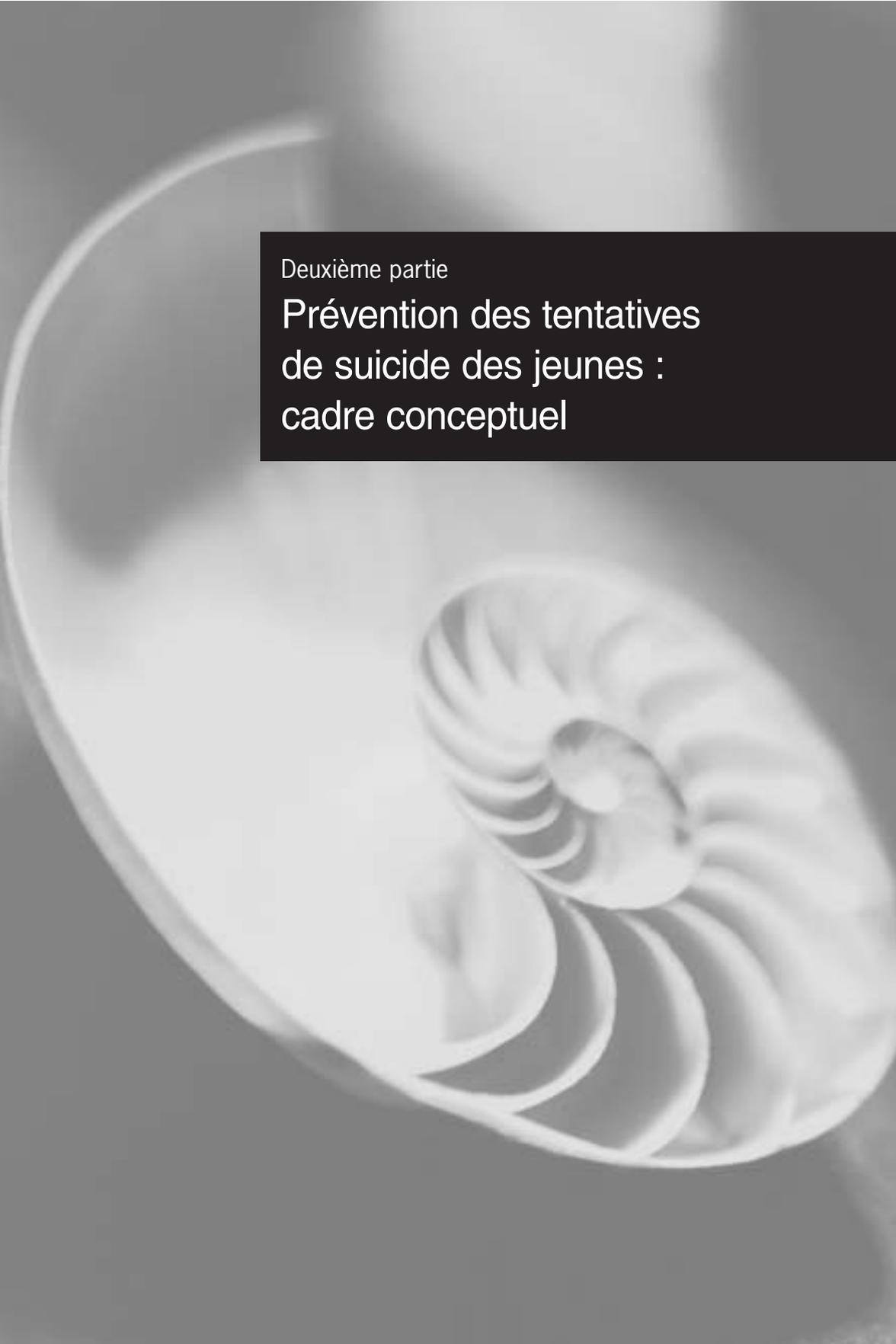
Insistons sur le fait que le sujet du suicide est encore largement un sujet d'étude. Comme le souligne un participant à la conférence de consensus, la façon de percevoir le phénomène suicidaire évolue :

- les années 70 ont été marquées par la prégnance d'un modèle médical (psychiatrique), incluant la dimension psychologique et le rôle des proches ;
- pendant les années 80, de nombreuses études portent sur les aspects sociaux, et notamment sur le chômage ;
- les années 90 voient apparaître des études sur la notion de stress, de résilience, d'estime de soi, etc.

Si les définitions de suicide, tentative de suicide et idéation suicidaire sont assez précises et permettent la production de données fiables et comparables dans le temps, les enquêtes visant à comprendre le phénomène suicidaire sont fortement influencées par le modèle explicatif de la santé auquel se réfère chaque chercheur.

## Références bibliographiques

- [1] Choquet M., Ledoux S. *Adolescents : enquête nationale*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale, 1994, 346 p.
- [2] Comité français d'éducation pour la santé (CFES), Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Baromètre santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans*. Vanves : Éditions CFES, 115 p., graphiques, tableaux.
- [3] Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. *Baromètre santé 97/98 jeunes*. Vanves : Éditions CFES, 328 p., réf. bib., graphiques.



Deuxième partie

**Prévention des tentatives  
de suicide des jeunes :  
cadre conceptuel**



# Approche psychopathologique

## Définition

Pour les psychiatres ayant un angle d'observation clinique, à partir des suicides avérés et des tentatives de suicide, le passage à l'acte suicidaire peut être considéré comme l'expression d'une forme de pathologie mentale. En effet, on trouve, dans l'histoire de nombreux suicidés et suicidants, dépression sévère, troubles psychiatriques, antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou de suicide. La notion de troubles psychiatriques, ou troubles mentaux, s'est progressivement élargie à des formes plus variées de dépressivité et à certaines conduites addictives.

Dans cette approche, intervenir en prévention primaire revient donc à repérer les personnes présentant un ou plusieurs de ces troubles et à les orienter vers le soin. Du fait des difficultés de ce repérage, une grande partie des travaux porte sur la prévention secondaire, c'est-à-dire sur la prévention des récives, grâce à un traitement et un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique approprié. Les traitements et suivis préconisés reflètent les courants existant dans le soin psychothérapeutique et psychiatrique, utilisant la psychanalyse, l'approche systémique avec la famille, des formes de psychothérapie faisant davantage intervenir une approche comportementale, associées ou non avec des traitements médicamenteux (anxiolytiques, antidépresseurs, etc.).

Nous savons aujourd'hui qu'une prise en charge et un suivi appropriés des suicidants diminue le risque de récive.



## Types d'actions correspondant à cette approche

Le modèle psychopathologique, centré sur le suicide, s'inscrit de fait dans l'approche par pathologies, classique en France et de laquelle découle la mise en œuvre d'un éventail de mesures appropriées.

### En matière d'adaptation du dispositif

- État des lieux des structures locales, réalisation d'annuaires ;
- formation des soignants et des professionnels en contact avec des adolescents, au repérage et à l'orientation vers le système de soins des jeunes en souffrance psychique ;
- mise en réseau des intervenants locaux.

### En matière de prévention primaire

- Interventions de formes diverses auprès de jeunes sur la thématique du mal-être et du suicide, avec éventuellement formation de jeunes-relais ;
- création de lieux d'écoute (physique ou téléphonique) inscrits dans le réseau de prise en charge.

### En matière de prévention secondaire

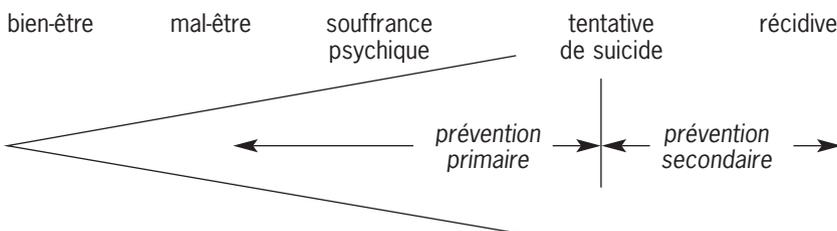
- Identification des structures de soins susceptibles de prendre en charge les jeunes suicidants ;
- interventions d'urgence dans l'environnement des jeunes suicidants pour éviter un effet de contagion.

### En matière de prévention tertiaire

- Soutien de l'entourage

Il s'agit essentiellement d'amener les jeunes à risque vers le soin, après avoir organisé un dispositif adapté ou réorienté le dispositif existant.

Sur une échelle qui irait du bien-être mental à la récurrence de tentative de suicide, ce modèle de prévention s'inscrirait de la façon suivante :





La prévention des tentatives de suicide comporte également un aspect encore peu abordé en France qui est celui de la réduction de l'accès aux moyens de « passage à l'acte ». Il s'agit de réviser les législations sur l'accès aux armes à feu, la distribution de médicaments dangereux, la sécurisation des ponts et monuments, des voies de transport, etc. Une étude a montré que le remplacement du gaz de ville à Londres par un gaz non toxique a fait chuter de manière spectaculaire le nombre de suicides. Cette stratégie repose sur l'idée que les difficultés d'accès à un moyen fatal font gagner du temps, et que ce temps peut permettre aux personnes suicidaires de changer d'avis. Ces aspects de la prévention nécessitent des modifications législatives qui ne peuvent s'opérer qu'au niveau national.

# Approche psychodynamique

Prévention des tentatives de suicide



## Définition

Une autre façon d'appréhender le phénomène suicidaire consiste à considérer la tentative de suicide comme la manifestation d'une crise, nommée crise suicidaire, et non comme une pathologie en elle-même. Cette théorie a surtout été développée par les auteurs anglo-saxons. La crise suicidaire peut survenir à tous les âges de la vie, mais nous nous contenterons de décrire celle des adolescents, à partir des trois interventions de Monique Seguin lors de la conférence de consensus d'octobre 2000, à Paris.

Le fonctionnement psychique habituel, hors événement stressant et hors pathologie mentale avérée, permet de maintenir un état d'équilibre. Lors de la survenue d'événements traumatisants, un ensemble de réponses permet de maintenir cet équilibre. L'individu met en œuvre des mécanismes d'adaptation qui ont déjà fonctionné par le passé, ou développe des stratégies nouvelles.

Il peut arriver qu'une succession d'événements stressants vienne perturber gravement cet équilibre au point que les mécanismes habituels ne fonctionnent plus, ou pas assez bien. La perte de la capacité à faire face aux événements met la personne en situation de vulnérabilité.

Dans une telle situation, la tension interne augmente. La perte des moyens habituels faisant appel à l'expérience et aux connaissances accumulées par la personne peut la faire plonger dans le monde des émotions souvent négatives, accompagnées par une baisse de l'estime de soi. La perception de la réalité s'en trouve progressivement altérée ; les problèmes semblent insurmontables.



La personne peut alors entrer progressivement dans une phase de désorganisation et de confusion émotive. Cette crise peut durer plusieurs semaines. La phase aiguë peut produire des réactions allant jusqu'à la tentative de suicide, mais cela peut aussi être une autre forme de passage à l'acte, comme une fugue ou une crise d'agressivité, ou tout autre moyen susceptible de faire baisser la tension interne...

Après le « passage à l'acte » vient une phase de récupération, qui peut n'être que transitoire, si les événements qui ont provoqué la crise ne sont pas résolus.

La personne essaye toujours de trouver une solution.

- Parfois elle y parvient ; le problème de départ a trouvé une forme de solution, et la personne sort de la crise en ayant appris de nouvelles stratégies d'adaptation, de nouveaux mécanismes de maîtrise de soi et/ou en ayant acquis une meilleure capacité d'expression de sa souffrance.
- Parfois la personne parvient à retrouver l'équilibre antérieur, comme si rien ne s'était passé. La crise n'a pas été une occasion d'apprentissage et d'introspection, mais elle a permis de résoudre les problèmes qui l'ont engendrée.
- Parfois la personne parvient à réduire le stress et l'anxiété à court terme ; la douleur est engourdie. Mais cela peut avoir à plus long terme des conséquences négatives. Souvent, la personne demeure dans un état de vulnérabilité, et un autre événement la plongera à nouveau dans un état de crise.

Cette présentation est bien sûr très schématique. Il faut garder à l'esprit que les différentes étapes d'un processus psychique ne sont pas comparables aux différentes étapes d'un processus somatique. Les différences de réaction d'un individu à l'autre sont très grandes, et l'on peut difficilement les prévoir. Le mal-être et la souffrance psychique que vivent les personnes suicidaires sont souvent cachés et ne deviennent évident que lorsqu'un intervenant ou un membre de l'entourage pose des questions spécifiques, ou réagit à de subtils signes avant-coureurs.

Cette seconde façon d'envisager le phénomène suicidaire l'inscrit dans une perspective beaucoup plus vaste qui est celle de la santé mentale en général (composante de la santé au sens global, aux côtés de la santé physique et de la santé sociale). La tentative de suicide est alors une des manifestations possibles d'un état de souffrance psychique, qui peut aussi bien se traduire par d'autres comportements nuisant à la santé : dépendance à un produit, prise de risque, violence, etc.



## Références théoriques

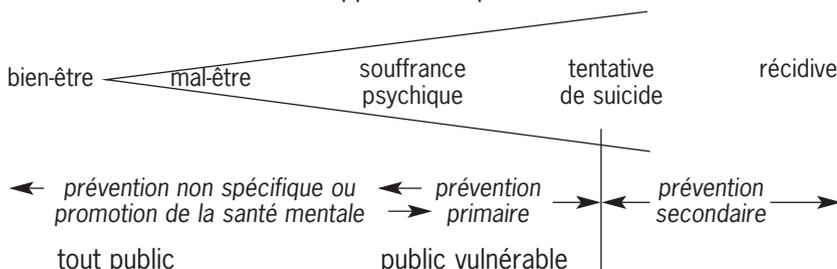
Pour intervenir selon cette perspective, on peut s'appuyer sur les notions ou références suivantes :

- une différenciation entre prévention primaire spécifique et non spécifique,
- le concept de compétences psychosociales et facteurs de protection,
- la Charte d'Ottawa, qui distingue des axes d'intervention en promotion de la santé.

### Deux types de prévention primaire

Dans ce modèle, la prévention, au lieu de s'articuler autour de la tentative de suicide, va s'intéresser à la notion de souffrance psychique. Les interventions pourront alors s'adresser à l'ensemble des jeunes, sans faire forcément référence au suicide. Ce champ très élargi de la prévention primaire nous conduit à différencier, selon la proposition du Professeur Jean-Pierre Deschamps, invité par le groupe de travail national :

- une *prévention primaire spécifique*, destinée à éviter la tentative de suicide et s'adressant à des jeunes en situation de vulnérabilité, ou de souffrance psychique ;
- une *prévention primaire non spécifique*, qui vise à renforcer les capacités des jeunes à affronter les événements stressants et à les aider à développer des facteurs de protection. Cette forme de prévention primaire s'inscrit tout à fait dans une approche de promotion de la santé mentale\*.



L'observation des adolescents et l'attention portée à leur santé mentale ne sont plus alors seulement l'observation clinique du psychiatre, du psychologue ou éventuellement du médecin généraliste ayant suivi une formation

\* Une autre classification peut également être utilisée (CDC) : *prévention universelle*, qui s'adresse à l'ensemble de la population, *interventions sélectives*, auprès des jeunes qui présentent des facteurs de risque du point de vue épidémiologique et *interventions sur indication*, auprès de jeunes manifestant des signes de souffrance ou de dépression.



spécifique, mais elles deviennent l'affaire de tout adulte, et particulièrement des professionnels en contact avec des adolescents et de jeunes adultes.

Cette vision du phénomène suicidaire n'apporte pas un bouleversement de la stratégie et des actions à mener : les interventions possibles en prévention spécifique des tentatives de suicide sont les mêmes que dans le modèle psychopathologique. Viennent simplement s'y ajouter en amont des interventions en promotion de la santé mentale, qui ne feront pas directement référence au suicide.

Si les objectifs et les actions qui découlent des deux types de prévention sont bien distincts, attention aux spécialisations excessives. Il ne faut jamais perdre de vue un élément essentiel : les intervenants en promotion de la santé mentale ne s'adressent pas qu'à des jeunes qui vont bien, ou pas trop mal. Ils rencontrent également au cours de leurs actions des jeunes en situation de souffrance psychique. Certains sont déjà suivis par des professionnels du champ social ou du soin. Ceux qui ne le sont pas ont tout à gagner à entrer en relation avec un professionnel susceptible de les aider. Les formations proposées au personnel éducatif devront donc également comporter un volet « repérage et orientation des jeunes en difficulté ». De la même manière, être formé au repérage des jeunes en souffrance et à leur orientation ne dispense pas de remettre en question d'une façon plus générale son mode de relation avec les adolescents.

## **Les compétences psychosociales et les facteurs de protection**

### ***Les compétences psychosociales***

Renforcer la santé mentale des jeunes, dans le cadre de la relation éducative, c'est essentiellement renforcer leurs compétences psychosociales, notamment celles qui pourront leur donner des ressources pour affronter les crises. L'OMS en dénombre dix sur lesquelles on peut agir :

- au niveau de la réflexion : la prise de décisions et la démarche de résolution de problèmes,
- au niveau de la pensée : la pensée créative et la pensée critique,
- au niveau de la communication : la capacité à se faire comprendre et la capacité à développer des relations,
- au niveau de la conscience de soi et des autres : la connaissance de soi et l'empathie,
- au niveau du ressenti : la gestion des émotions et la gestion du stress.

Renforcer les compétences psychosociales, c'est aller vers la responsabilité et vers l'autonomie, ce qui impose une démarche particulière, que propose notamment l'éducation pour la santé, en cohérence avec la « responsabilisation » et « l'autonomisation » :

- chercher les besoins et les ressources des personnes plutôt qu'établir un catalogue des problèmes ;
- rechercher et mobiliser les forces disponibles, plutôt que chercher à combler les déficits ;
- chercher à construire avec les personnes et à partir des solutions qu'elles ont trouvées, plutôt que rechercher les solutions à l'extérieur.

### **La résilience et les facteurs de protection**

Aux côtés de cette notion de facteurs personnels de développement, le concept de résilience peut être utile en matière de prévention de la souffrance psychique et des tentatives de suicide. Il a été développé à partir d'une enquête prospective basée sur l'observation d'enfants hawaïens de familles très défavorisées suivis pendant 30 ans. Malgré leurs conditions de vie difficiles, 30 % d'entre eux se développent de façon positive et constructive (se déclarent heureux, fondent une famille et aiment leurs enfants, ont un emploi stable ou se débrouillent financièrement...). Cette capacité à résister à la destruction et à construire positivement sa vie a été appelée résilience. À l'origine, ce terme est utilisé en mécanique où il désigne la résistance des métaux à la déformation par des chocs ou des contraintes.

Parmi les caractéristiques des enfants résilients, on trouve toujours de fortes capacités de communication et un adulte proche qui aime l'enfant et lui porte une acceptation inconditionnelle (de l'enfant, pas de sa conduite). On retrouvera dans les caractéristiques des enfants résilients des notions proches des compétences psychosociales.

Attention tout de même : tous les enfants défavorisés ne sont pas résilients et ne l'est pas qui veut ; la résilience ne peut pas tenir lieu de politique d'aide sociale...

Par ailleurs, le suicide des jeunes ne concerne pas uniquement ceux qui vivent dans un milieu défavorisé. Il apparaît que les enfants qui vont mal quel que soit le milieu dans lequel ils vivent ont souvent adopté une stratégie de repli sur soi, qui les éloigne des autres et des possibilités de se confier, de donner du sens à ce qui leur arrive. Développer les compétences psychosociales n'est donc pas réservé aux seuls enfants des familles défavorisées...

#### *L'estime de soi*

De Saint-Paul[1] en donne la définition suivante : « c'est le degré auquel on estime sa valeur personnelle, ou la réputation, bonne ou mauvaise, que l'on a auprès de soi-même ». De nombreux articles et ouvrages font aujourd'hui état de l'importance de ce facteur dans l'adoption d'un comportement favorable à la santé ; si l'on ne s'aime pas, à quoi bon se préserver ?...



Aider au développement de l'estime de soi peut donc contribuer au renforcement des facteurs individuels de protection.

Cette approche relativement nouvelle, qui vise à renforcer la santé mentale des jeunes, indépendamment des approches thématiques plus classiques centrées sur les risques et les moyens de les limiter, est intéressante pour les éducateurs de santé, par sa perspective globale et positive. Elle ouvre de grands chantiers, dont un des plus importants est la formation d'adultes, aussi bien des parents que des enseignants et des éducateurs, du fait de l'importance de la relation éducative dans le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales.

## **La Charte d'Ottawa**

Le cadre de référence dans lequel peuvent s'inscrire des actions de terrain est celui de l'éducation pour la santé, dans une perspective de promotion de la santé. La Charte d'Ottawa, loin d'être un dogme figé, peut être particulièrement utile aux intervenants, qu'ils soient acteurs de promotion de la santé ou enseignants, éducateurs sportifs, agents de développement local ou bibliothécaires.

Avant la mise en place de l'action et pour renforcer son efficacité, une attention particulière doit être apportée aux cinq niveaux d'intervention nommés dans la Charte d'Ottawa. Pour plus de clarté, des exemples concernant des programmes développés dans un établissement scolaire ou une mission locale sont indiqués entre parenthèses.

- 1)** Définir une politique de santé (inscription du programme dans le projet d'établissement, accord du Conseil d'administration).
- 2)** Créer un environnement favorable (aménagements souhaitables pour favoriser l'accès aux activités, encouragements à participer) et veiller à la cohérence entre le discours et l'environnement.
- 3)** Développer des actions communautaires (implication des jeunes et des parents dans les programmes, à tous les niveaux : conception, pilotage, évaluation). Attention à la clarification des objectifs de ces actions, et particulièrement à la clarification des intentions éducatives.
- 4)** Acquérir ou renforcer des aptitudes individuelles (ne pas se limiter à l'information, faire intervenir les savoir-faire et savoir être, travail sur les compétences psychosociales).
- 5)** Réorienter les services de santé (faire prendre en compte par les services de santé existants les besoins mis en évidence par l'action, ce qui peut amener des modifications d'objectifs, mais aussi des aménagements en termes d'horaires, de modalités d'accueil, de formations des accueillants, par exemple tenue d'une permanence d'écoute avec les personnels du

service de promotion de la santé en faveur des élèves, interventions de personnes ressources extérieures à l'établissement...).



## En résumé

La prévention primaire non spécifique des tentatives de suicide, ou promotion de la santé mentale, intervient auprès de l'ensemble des jeunes ou des jeunes vulnérables et vise à renforcer leurs compétences psychosociales (capacités d'expression, fonctionnement relationnel), et leur capacité de résistance dans les moments de vulnérabilité ou de crise (résilience).

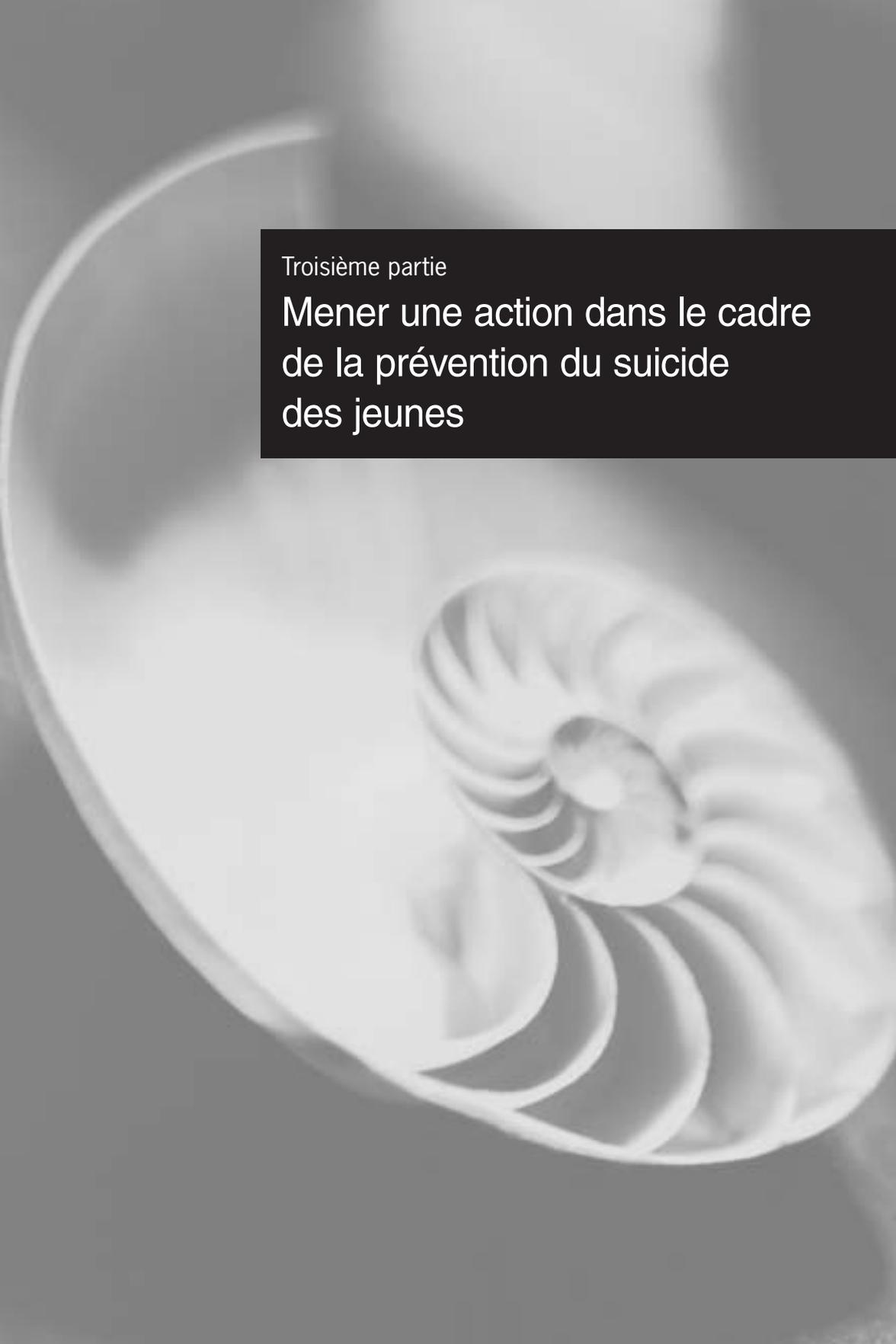
L'OMS souligne l'efficacité des actions menées auprès des jeunes et portant sur la résolution des conflits, la valorisation de l'estime de soi, l'apprentissage de la gestion du stress et des émotions et la prise de décision.

Ce type d'actions peut ainsi concourir à la prévention du mal-être et du suicide, mais sans doute aussi à la prévention des dépendances, de la violence, et d'autres comportements mettant la santé en danger. À la base de ce travail, vient s'inscrire le renforcement de l'estime de soi, sans laquelle il paraît vain de promouvoir la prévention et la protection.

Ce document étant destiné essentiellement aux professionnels intervenant auprès de jeunes, il ne prend guère en compte les interventions portant sur l'environnement, qui sont plutôt du ressort du politique et de l'intervention publique.

## Référence bibliographique

- [1] De Saint-Paul Josianne. *Estime de soi, confiance en soi : les fondements de notre équilibre personnel*. Paris : InterÉd, 1999, 230 p., réf. 2 p.



Troisième partie

## Mener une action dans le cadre de la prévention du suicide des jeunes



# Recommandations générales

Ces recommandations sont formulées par le groupe national CNAMTS/CFES/FNMF, à partir de l'expérience de terrain de ses membres, et de l'examen de dizaines d'actions menées dans les Programmes régionaux de santé sur la prévention primaire du suicide des jeunes. La plupart d'entre elles sont valables également pour d'autres thèmes d'intervention auprès des jeunes.

## Prendre en compte la dimension émotionnelle

Le thème du suicide des jeunes peut en lui-même intervenir à la fois comme un atout et comme un obstacle à la mise en place d'une action. Il possède en effet une grande force d'attraction pour certains, voire une forme de fascination morbide, et peut, pour d'autres, provoquer un rejet massif. Par ailleurs, l'inquiétude des adultes pour leurs enfants et les jeunes dont ils s'occupent professionnellement pourra les faire venir facilement à une rencontre sur le thème du suicide, mais la recherche de recettes faciles à appliquer ou l'envie d'être rassurés ne vont pas dans le sens des intentions des organisateurs, qui souhaitent, en général, que les adultes s'interrogent et remettent en question leur mode de relation aux adolescents.

Face à cette dimension émotionnelle forte, la dramatisation et la banalisation sont donc deux pièges à éviter lors de la mise en place d'actions de prévention du suicide, comme pour d'autres sujets sensibles mettant en jeu la relation éducative et un danger menaçant la vie des enfants et des adolescents.

## Inscrire son action dans un cadre général

Les programmes régionaux ou départementaux de santé combinent, en général, des actions de prévention primaire, spécifiques et non spécifiques, des actions auprès des jeunes en souffrance psychique, et les modalités de prise en charge des suicidants et de leur entourage. Ils se fondent sur une série de référentiels : définitions, objectifs généraux à atteindre, différentes populations à toucher, types d'actions à mener en fonction des publics, conduites à tenir, etc. Toute action locale doit pouvoir s'inscrire dans ce cadre général, y trouver sa place, s'articuler avec les autres actions locales ou régionales.

Il convient donc de définir pour chaque action des objectifs précis, en délimitant l'intervention en termes de public, de couverture géographique, c'est-à-dire en définissant la contribution qu'apporte chaque action au programme départemental ou régional.

Le comité de pilotage, représentant les institutions, est garant de la volonté d'agir, les professionnels engagés dans les actions sont, eux, garants de la pertinence de l'intervention.

Si l'action se mène dans une région où le suicide des jeunes n'a pas été retenu comme priorité régionale, il est d'autant plus important d'en préciser les limites : une action isolée ne pourra pas prétendre résoudre le problème à elle seule...

## Élargir l'approche thématique

Une des particularités de la prévention primaire des actes suicidaires réside dans le fait qu'elle nous pousse à abandonner la focalisation exclusive sur le suicide pour aller vers le thème plus large de la promotion de la santé mentale.

Cela rejoint les enseignements que l'on a pu tirer des actions de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles : les dangers que représentent l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles pour l'avenir des jeunes nous poussent à les informer et à leur proposer une adaptation de leurs pratiques sexuelles, mais leurs réactions à ces interventions nous amènent souvent à réorienter nos actions et à viser un objectif plus large d'éducation à la vie sexuelle et sentimentale. D'une manière similaire, intervenir sur la souffrance psychique et les tentatives de suicide peut conduire à intervenir sur les fondements du bien-être et le renforcement des compétences psychosociales, c'est-à-dire sur la promotion de la santé mentale et sociale.



## **Viser la cohérence entre les objectifs énoncés et les activités proposées**

Suivant que les objectifs s'énoncent en termes de réduction des tentatives de suicide ou en termes de promotion de la santé mentale, on ne fera pas appel aux mêmes modes d'intervention. Énoncer, par exemple, des objectifs de diminution des tentatives de suicide et proposer des ateliers visant à développer créativité et affirmation de soi risque de freiner l'adhésion de personnes ne souhaitant pas s'identifier à des personnes suicidaires.

Plus largement, la formulation des objectifs demande de la précision et de la modestie : faire le lien entre une activité de prévention primaire et la diminution des tentatives de suicide est extrêmement difficile.

## **Être attentif aux situations individuelles**

Si les actions qui découlent des objectifs de promotion de la santé mentale et de prévention des tentatives de suicide sont très différentes, il faut tout de même garder à l'esprit que mener une action de promotion de la santé mentale auprès de jeunes ne dispense pas de repérer ceux qui vont mal et de les orienter vers le dispositif de prise en charge, bien au contraire ! Un groupe de jeunes est rarement homogène au regard du bien-être mental et social, et travailler avec tous sur le renforcement de l'estime de soi peut être difficile à vivre pour l'un d'entre eux qui n'irait pas très bien, et qui une fois de plus, ne rencontrerait pas d'écho quant à son vécu douloureux. Une attention particulière à chacun dans le groupe et une attitude générale d'ouverture peuvent suffire à amorcer un dialogue, et à permettre une orientation vers une structure ou une personne ressource.

## **Viser la cohérence entre les attitudes prônées vis-à-vis des jeunes et la réalité des relations quotidiennes**

Promouvoir la santé mentale des jeunes, c'est aussi accepter d'interroger et éventuellement de remettre en cause ses façons d'être. C'est dans son travail quotidien, et non seulement pendant l'activité de promotion de la santé, qu'il faudra éviter les phrases blessantes, les petites humiliations. Il s'agira bien de veiller à son attitude générale vis-à-vis des jeunes, et pourquoi pas, vis-à-vis de l'ensemble de son entourage...

Plus largement, des changements individuels de comportement des professionnels en contact avec des jeunes, aussi bénéfiques soient-ils, ne suffisent pas si, dans le même temps, l'institution dans son ensemble ne ré-interroge pas la place des jeunes en son sein.

## Favoriser l'interaction entre les jeunes et les adultes

Il est important que les jeunes engagés dans une action constatent qu'ils ne sont pas les seuls à faire des efforts, et que des adultes les écoutent et s'intéressent à eux. Quand des jeunes montent un spectacle dans le cadre d'une animation par exemple, il est impératif d'engager une recherche active de spectateurs adultes, pour montrer aux jeunes que ce qu'ils ont à dire peut être entendu.

On l'a vu, agir sur la question du suicide des jeunes peut s'envisager selon deux grands types d'objectifs :

- repérer les jeunes en souffrance, entrer en contact avec eux, les écouter, les accompagner dans le dispositif de prise en charge ;
- intervenir en amont, en visant à promouvoir la santé mentale et/ou valoriser le bien-être des jeunes, en renforçant leurs capacités relationnelles et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur avenir.

Le choix des interventions à mettre en place sera différent suivant le type d'intervenants et le rôle qu'ils peuvent être amenés à jouer :

- pour les professionnels du système de soins :
  - profiter de moments de contact (consultations, etc.) pour repérer les signes de souffrance psychique ;
  - intervenir en situation de crise ou auprès de jeunes ayant déjà effectué une tentative de suicide (psychiatres, équipes de centres spécialisés).
- pour les professionnels des systèmes socio-sanitaire et éducatif :
  - repérer les signes de souffrance psychique des jeunes lors de leur activité professionnelle habituelle ;
  - mener des actions de promotion de la santé mentale et/ou de prévention de la souffrance psychique et de ses conséquences.

Les actions présentées dans les chapitres suivants sont essentiellement celles menées par les membres du groupe national CNAMTS/CFES/FNMF sur la prévention du suicide des jeunes. Sont également présentées des actions qui ont fait l'objet d'une évaluation par la Fédération nationale des ORS, et des programmes menés par différents acteurs du champ sanitaire et social. La présentation de ces actions a pour vocation d'illustrer les différents types d'intervention possibles ; il ne s'agit en aucune manière d'une liste exhaustive.

Les interventions des professionnels du système de soin psychiatrique ne sont pas prises en compte dans ce document. Elles relèvent, en général, du volet prise en charge des programmes régionaux de santé. Pourtant, la limite n'est pas toujours aussi nette : il suffit de penser, par exemple, aux interventions d'urgence après un suicide dans un établissement scolaire, dont l'efficacité en terme de prévention de suicides réactionnels est aujourd'hui établie.



# Agir auprès des jeunes

## Agir en promotion de la santé mentale

### Légitimité à intervenir

L'intervention auprès de jeunes sur des sujets sensibles comme le suicide ou la santé mentale, peut inquiéter les parents et les chefs d'établissements sous l'autorité desquels les mineurs sont placés. La notion de santé mentale doit être clairement expliquée comme se rattachant à la santé globale, telle que la définit l'OMS (état de bien-être physique, mental et social), et non à l'univers de la psychopathologie clinique, qui reste bien entendu du ressort des spécialistes. Les craintes des parents et des adultes responsables des enfants et des adolescents peuvent également être apaisées par la lecture des différents textes ministériels parus récemment sur la question :

### **Loi relative à la lutte contre les exclusions**[1]

(circulaire n° 98/568 du 8.IX.1998)

Extraits : « l'exclusion résulte d'une spirale trouvant son origine dans la perte de confiance en soi, accentuée par les difficultés de la vie économique et les exigences de la vie professionnelle. »

Parmi les objectifs d'action, on trouve : « recouvrer confiance en soi, recréer ou éviter la rupture du lien social. »

Les publics concernés par ce texte sont les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique, en situation d'échec, etc.

On peut penser aux jeunes en errance, aux usagers de drogues, aux jeunes en situation d'échecs scolaires...

**Prévention des conduites à risques et Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires** [2]  
(circulaire n° 98/108 du 01.VII.1998)

« Le Comité d'éducation pour la santé et la citoyenneté doit contribuer à l'aide aux élèves manifestant des signes de mal-être, au renforcement des liens avec les familles... »

« Il s'agit de promouvoir la valorisation des savoirs, savoir être et savoir-faire pour permettre aux jeunes de développer leur autonomie. Permettre la valorisation de leurs capacités et une réflexion sur l'image de soi, par une approche leur permettant d'opérer les choix favorables à leur santé. »

**Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège** [3]  
(circulaire n° 98/237 du 24.XI.1998)

Ce texte donne des objectifs s'inspirant des compétences psychosociales, comme :

« l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir, la maîtrise de méthodes de pensée et d'actions, le développement d'attitudes telles que le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. »

Ces textes permettent également de légitimer les propositions de formation d'adultes relais, notamment au sein de l'Éducation nationale.

### Objectifs d'actions

Il n'apparaît pas évident, à première vue, de passer de l'objectif général d'un Programme régional de santé qui s'énonce en termes de réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide, à un objectif de promotion de la santé mentale, qui n'y fait pas directement référence.

Le PRS de Midi-Pyrénées n'est pas confronté à cette problématique, puisqu'il s'intitule « Améliorer la santé mentale des adolescents », et vise la prévention, la prise en charge et les soins des pathologies psychosociales. L'état des lieux préalable fait référence, entre autres, au phénomène suicidaire chez les jeunes et une enquête de l'ORS liste les difficultés ressenties par les jeunes de la région, dont (en 9<sup>e</sup> position) l'idéation suicidaire.

Le PRS de Haute-Normandie [4] vise directement la prévention du suicide, mais distingue deux axes de travail :

- reconnaître, promouvoir et renforcer les actions permettant de réduire le nombre de tentatives et le nombre de décès par suicide ;
- contribuer à changer le regard de la société sur l'acte suicidaire, ni banaliser, ni dramatiser l'acte suicidaire, valoriser la notion de bien-être auprès des jeunes.



La promotion de la santé mentale est donc incluse en tant que telle dans le PRS, qui signifie, par ailleurs, clairement que sur le plan de la prévention spécifique, il faut tout d'abord identifier des actions efficaces.

**Objectif de niveau 1 : sensibiliser et informer les jeunes sur la thématique du bien-être et de la santé globale**

**Objectif de niveau 2 : renforcer l'estime de soi et les compétences psychosociales des jeunes**

### **Le bien-être et la santé globale**

Il s'agit de faire comprendre aux enfants et aux adolescents qu'être en bonne santé ne signifie pas uniquement ne pas être malade ou avoir un corps qui fonctionne bien. Être en bonne santé veut également dire être bien dans sa tête et dans son environnement affectif et social. La seconde notion dont on peut leur faire prendre conscience est que le bien-être peut se travailler, que l'on peut améliorer sa santé mentale et sociale comme on peut se soigner ou prévenir des maladies somatiques.

### **Renforcer l'estime de soi**

Elle peut se définir par les manifestations qu'elle provoque ou que provoque son absence ou une carence.

- *Les personnes qui ont une bonne estime d'elles-mêmes :*
  - se respectent et respectent les autres,
  - se jugent égales aux autres, simplement en tant qu'êtres humains,
  - connaissent et reconnaissent leurs qualités et leurs limites,
  - élaborent leur opinion à partir des faits, des situations, vérifient les informations et ne se contentent pas d'approximations,
  - ont le sens de l'humour,
  - sont davantage centrées sur les objectifs à atteindre que sur elles-mêmes.
- *Les personnes qui souffrent d'un manque d'estime d'elles-mêmes :*
  - se dévalorisent, ont un sentiment d'incompétence,
  - ont des difficultés à se présenter, à parler d'elles-mêmes en termes positifs,
  - manquent d'ambition,
  - ont tendance à généraliser les situations d'échec (« je n'y arriverai jamais », « je le savais bien », « c'est toujours à moi que ça arrive »...).

Paradoxalement, le manque d'estime de soi s'exprime parfois par une survalorisation et une surestimation de ses actes et de soi, par la vanité, la vantardise, l'arrogance.

• *Renforcer l'estime de soi*, comme le souligne l'équipe du Cres de Haute-Normandie, c'est donc :

- s'accepter tel ou telle que l'on est,
- être rationnel, savoir relativiser,
- assumer ses responsabilités,
- oser dire non, sans blesser, faire valoir ses idées, ses envies, dans le respect des autres,
- vivre en cohérence avec ses aspirations profondes,
- développer son indépendance,
- rire...

Ce type d'action est encore très nouveau, et il est difficile de dire ce qu'il faut mettre en place, ce qui est le plus efficace. Il s'agit donc la plupart du temps de programmes menés sous la forme de recherches - actions auprès de quelques dizaines ou centaines de jeunes. Si leur évaluation montre une amélioration de la santé mentale des jeunes et/ou une diminution de la fréquence des pathologies psychosociales dont souffrent certains d'entre eux, il conviendra d'étendre ces programmes le plus largement possible. Au Danemark et en Lituanie, des programmes fondés sur l'apprentissage de compétences psychosociales sont menés auprès d'élèves en première année d'école primaire. Les tous premiers résultats d'évaluation semblent prometteurs.

### **Exemples d'actions à mener**

Avant d'étudier plus particulièrement quatre programmes expérimentaux de promotion de la santé mentale, il faut signaler que des actions simples auxquelles on ne pense pas toujours peuvent contribuer à renforcer la santé mentale ou les facteurs de protection des jeunes. Il s'agit avant tout de ne pas privilégier une approche par les risques, les dangers, de ne pas mettre en avant les défauts, les manques, mais de s'appuyer sur ce qui fonctionne, sur les qualités et les ressources des personnes.

On peut songer à la diffusion de plaquettes d'informations générales à destination des jeunes, portant sur l'adolescence, sur la sexualité, sans faire référence à la souffrance psychique et au suicide. Ces documents peuvent donner des repères susceptibles de diminuer l'inquiétude ou le sentiment d'être le seul ou la seule au monde à vivre telle ou telle situation... Ils donneront également quelques adresses et numéros de téléphone pour se documenter plus avant, ou pour trouver un espace de parole.

Certains jeux, utilisés lors d'animations avec des jeunes sur le thème de la santé, permettent d'aborder la question du bien-être et de la santé globale. C'est le cas de D-stress[5], jeu de société qui fait rencontrer aux participants des situations qui augmentent ou diminuent leur stress, leur propo-



sent de s'adapter à leur environnement en leur apprenant à se détendre et à expérimenter le changement de point de vue, et permettent de valoriser leurs connaissances. Cette animation met en relief à la fois le niveau individuel et le niveau du groupe.

Prenons l'exemple de quatre programmes ayant pour objectif le renforcement des compétences psychosociales des jeunes. Sans faire explicitement mention du suicide, ils sont financés dans le cadre d'un PRS sur cette thématique.

Deux de ces actions, menées par des Comités régionaux d'éducation pour la santé, ont d'emblée banni le mot « suicide » de leur présentation :

| Région           | Basse-Normandie   | Haute-Normandie   |
|------------------|---|---|
| <b>Public</b>    | jeunes de 5 lycées et collèges et groupe d'une maison familiale rurale  | jeunes de 14 à 16 ans de 7 établissements scolaires   |
| <b>Origine</b>   | PRS + appel à projets dans l'Éducation nationale  | PRS + choix d'une recherche action  |
| <b>Objectifs</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser la relation adultes/adolescents</li> <li>- préserver l'image de soi</li> <li>- permettre l'écoute et la parole pour gérer les conflits et la violence</li> <li>- soutenir la relation éducative</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- soutenir chacun dans la prise d'autonomie</li> <li>- définir le bien-être</li> <li>- valoriser l'estime de soi</li> <li>- construire des outils pour les autres</li> </ul> |
| <b>Phases</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution d'un groupe de professionnels, analyse de la relation éducative</li> <li>- actions communautaires avec les jeunes</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation de professionnels relais, 2 j + 3 j d'échanges de pratique,</li> <li>- interventions dans les classes, expression, création d'outils</li> </ul>                  |

Le PRS de Haute-Normandie avait initialement prévu de lancer un concours d'affiches ouvert à l'ensemble des jeunes de la région, sur le thème : « le bonheur au troisième millénaire », mais un certain nombre de freins sont rapidement apparus :

- l'action conçue de cette manière était difficilement évaluable ;
- le risque était grand de voir les jeunes se lancer sur de « fausses pistes », comme les vacances, la plage, alors qu'il s'agissait de dépasser cet aspect conjoncturel du bien-être pour approcher des éléments plus structurels, venant de l'intérieur de soi, de ses propres ressources ;
- ce genre de concours opère une sélection d'emblée : ceux qui se sentent doués pour l'expression artistique, ceux qui sont intéressés par les prix distribués au moins autant que par le thème...

Le choix de la recherche – action sur la valorisation du bien-être a réduit le public destinataire pour privilégier une expérimentation plus complexe. Le choix s'est porté sur les 14 – 16 ans, car différentes recherches mettent en évidence que les comportements à risques pour la santé augmentent de manière significative à cette période de l'adolescence.

Les Programmes régionaux de santé partent toujours d'un état des lieux, de données épidémiologiques ou d'enquêtes sociologiques sur le suicide et/ou le mal-être, et cela peut « marquer » les programmes. Certains programmes qui s'orientent vers des actions plus en amont doivent alors changer leur présentation ou soigner particulièrement leur communication, sous peine d'envoyer un message brouillé. Les deux autres programmes nous en fournissent des exemples :

| Région           | Bourgogne (Bresse Louhanaise)   | Champagne-Ardenne  |
|------------------|---|--|
| <b>Public</b>    | habitants d'une zone géographique   | jeunes 16-25 ans en Mission locale   |
| <b>Origine</b>   | PRS : état des lieux montrant un isolement, une culture du suicide, un manque d'expression individuelle<br>une mauvaise image du pays   | demande de la Mission locale par rapport à la fragilité des jeunes, leur mal-être, leur isolement, une dépréciation personnelle, constat fait également par le Codes 08                            |
| <b>Objectifs</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– à partir de la création, faire émerger une culture de la responsabilité</li> <li>– valoriser la région et ses habitants</li> <li>– favoriser les échanges entre institutions, associations et individus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– mobiliser un groupe de jeunes autour de la création d'outils pour les autres</li> <li>– favoriser les échanges entre les jeunes et les adultes</li> </ul> |
| <b>Phases</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– mobilisation de relais locaux</li> <li>– ateliers d'expression artistique</li> <li>– exposition itinérante</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– enquête auprès de 300 jeunes</li> <li>– création d'outils/activité professionnalisante</li> <li>– promotion des outils auprès d'autres jeunes</li> </ul>  |

En Bresse-Louhanaise, l'action menée par l'Union départementale de la Mutualité de Saône-et-Loire a été précédée par une enquête de terrain permettant de faire un état des lieux du phénomène suicidaire dans cette région, à partir de lectures et d'entretiens avec de nombreux habitants et acteurs locaux. C'est la zone la plus touchée par le suicide en Bourgogne, et l'enquête de départ a révélé une situation très particulière à cette région rurale : isolement important, faible population répartie sur un grand territoire, manque de structures médicales et sociales, peu de transports collectifs, pas d'espaces réservés aux jeunes. Se dégage des interviews la vision d'un pays fermé sur lui-même, tourné vers le passé et la tradition, où tout se sait, où le regard d'autrui pèse. S'affirmer, prendre la parole n'est



pas facile dans ces conditions. Le suicide occupe une place importante dans l'histoire de cette région : chaque famille est (ou a été) concernée, mais on en parle peu.

Quand la décision a été prise de mettre en place, dans plusieurs sites, des ateliers d'expression artistiques, l'idée qu'ils étaient destinés aux gens concernés par le suicide avait déjà fait son chemin, et les ateliers en ont souffert dans un premier temps. La présentation des ateliers ne fait pourtant pas mention du suicide ; les compétences que le programme se propose de développer sont indiquées de la façon suivante :

- faire face devant l'autre (faire face à l'adversité, prendre une décision),
- ne pas se voiler la face (avoir conscience de soi, ne pas se cacher du regard d'autrui),
- accepter le face-à-face (engager une relation authentique, avoir de l'empathie pour les autres).

L'action sur le terrain a poussé l'équipe à élargir le public initialement ciblé pour s'adresser à l'ensemble des habitants, dans une logique de territoire. Les plages horaires proposées et la période de l'année déterminent la participation aux ateliers (soirées, mercredis ou vacances scolaires, etc.).

Dans les Ardennes, le projet a pour origine le constat d'un mal-être, d'une dépréciation personnelle chez de nombreux jeunes de la Mission locale partenaire du Codes des Ardennes. Ce constat a pu être confirmé par une enquête menée auprès de 300 jeunes. La stratégie d'action a été de former un groupe de 12 jeunes de la Mission locale, dans le cadre d'un stage rémunéré, et de les faire réaliser un travail de promotion de la santé auprès de leurs pairs, avec l'aide d'un groupe de professionnels sensibilisés à cette démarche.

Malgré leurs nombreuses différences, ces programmes ont de solides points communs. Les jeunes y sont toujours placés en situation d'acteurs, et sont amenés à travailler l'expression individuelle, mais dans un cadre collectif. Les quatre équipes engagées dans ces programmes soulignent l'importance de l'engagement dans la durée, pour que les jeunes puissent en tirer un réel bénéfice et pour pouvoir mesurer les résultats de l'action à un niveau plus général.

Les quatre programmes contiennent un axe important en direction des professionnels, dont une partie sera abordée dans le chapitre sur les actions auprès des professionnels. Ils insistent tous sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, sur l'écoute et l'attention particulière qu'il faut accorder à l'autre, sur le respect de l'altérité et de l'autonomie.

### **Quelques éléments spécifiques de ces programmes**

#### *Objectifs*

Dans le programme des Ardennes, l'équipe pédagogique s'est attachée à permettre à chaque jeune, tout au long de l'action, de donner du sens à

son travail en effectuant des liens constants entre, d'une part, les compétences développées, et, d'autre part, le projet professionnel et les attentes d'un employeur en matière de savoir-faire et de savoir être.

Les compétences plus particulièrement visées dans ce programme sont formulées de la façon suivante :

- faire preuve d'ouverture, de curiosité, être ouvert aux conseils ;
- savoir solliciter des apports extérieurs, prendre des initiatives ;
- savoir formuler un souhait, une proposition de solution ;
- savoir évaluer les manques et citer les atouts ;
- se fixer des objectifs réalistes et accessibles ;
- pouvoir se concentrer sur une tâche, gérer son temps ;
- savoir écouter, laisser l'autre s'exprimer, pouvoir accepter et intégrer les différences ;
- comprendre la nécessité d'accepter des règles et pouvoir les appliquer ;
- vouloir aboutir, savoir faire avancer le groupe ;
- pouvoir s'adapter à des situations nouvelles, hors de son cadre habituel ;
- pouvoir imaginer des solutions nouvelles.

Il n'est pas très difficile de faire correspondre ces compétences aux compétences psycho-sociales définies dans la deuxième partie (p. 32). Elles n'ont pourtant pas été copiées d'un texte de l'OMS, mais formulées avec les professionnels qui ont suivi les jeunes, en fonction de leurs besoins dans une démarche d'affirmation de soi, mais dans l'optique résolue de trouver un emploi.

Tout au long de l'action, les jeunes ont progressé dans ces différentes compétences, ont gagné de la confiance en eux. On peut penser qu'ils ont ainsi renforcé leurs facteurs de protection par rapport au mal-être et aux situations qui semblent sans issue.

À Rouen, il s'agissait pour les jeunes de trouver, d'accentuer et d'ancrer leurs ressources internes et les ressources de leur environnement, pour :

- développer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes ;
- développer leurs potentialités de communication ;
- faciliter les relations adolescents – adultes ;
- développer leur sens des responsabilités.

Ce travail s'est exercé à la fois au niveau individuel et au niveau du groupe.



## Contenus

Le Cres de Haute-Normandie a réalisé une mallette pédagogique[6] pour ce programme. Elle comprend de nombreux jeux et mises en situation, permettant de travailler les registres du savoir, du savoir-faire et du savoir être, sur les sujets suivants :

- l'attention positive portée à autrui ;
- la différence entre les aspects conjoncturels du bien-être (ce que je fais) et les aspects structurels (ce que je suis) ;
- le fait de parler positivement des situations et des gens, en s'appuyant sur les aspects positifs d'une situation, en goûtant les plaisirs offerts ;
- l'identification et l'utilisation d'un réseau de personnes ressources dans son environnement ;
- la création et l'utilisation de lieux d'apaisement, de détente et de sécurité intérieurs (sophrologie) ;
- le développement de l'esprit critique ;
- les différentes façons de réagir face aux événements ;
- l'apprentissage de la connaissance de soi, la reconnaissance de ses qualités, de ses compétences, l'affirmation de soi face aux autres ;
- la création artistique, par la mise à disposition de nombreux matériaux.

Ce programme, par son succès auprès des jeunes, a montré, entre autres, la nécessité d'espaces de calme et de sérénité au sein des établissements accueillant des jeunes.

Le Cores de Basse-Normandie, propose un accompagnement de groupes de jeunes, pour les aider à comprendre les enjeux de groupe et les aider à prendre leur place dans la vie communautaire, en développant, par exemple, la régulation des agressions et des conflits.

## Évaluation

Si l'on veut évaluer les résultats du programme, vérifier si des changements sont survenus, il faut réaliser un état des lieux au démarrage de l'action. En fonction des objectifs fixés, on définira des indicateurs précis, comme, par exemple, l'ambiance du groupe vue par les adultes responsables, le statut respectif des individus dans le groupe (exclus ou isolés éventuels, bouc émissaire...), capacité à demander de l'aide, degré de valorisation du bien-être et de l'estime de soi...

Les outils de recueil de données peuvent varier, de grilles d'observation de groupes ou pour des interviews ou questionnaires destinés aux jeunes et/ou aux adultes, à des échelles de perception plus élaborées. Il faudra penser également à l'analyse du processus, des productions réalisées...

## Recommandations générales

- Les adultes encadrant les jeunes peuvent intervenir dans les programmes, mais il est important que certains intervenants soient extérieurs à l'Éducation nationale ou à la structure bénéficiaire de l'intervention.
- Le cadre de collaboration entre les différentes structures doit être clairement défini et inscrit dans une convention.
- Les objectifs de l'action doivent être clairement formulés, et préciser les résultats attendus, auprès des jeunes, des adultes ou sur l'environnement.
- Il est essentiel de définir les critères d'évaluation, les indicateurs et les modes de recueil de données, et de procéder à un état des lieux avant le démarrage de l'action.
- Il vaut mieux faire bénéficier l'ensemble des personnels de la structure d'une information sur les fondements et le déroulement de l'action, pour obtenir une plus grande cohérence dans le discours porté par l'ensemble des adultes envers les jeunes.
- Il faut veiller au maintien en place des personnes-relais formées ; si elles s'en vont en former d'autres, garantir une continuité de l'action dans de bonnes conditions.
- Il est préférable d'informer les parents des jeunes mineurs concernés (présentation au Conseil d'administration, aux associations de parents d'élèves, intégration du programme au projet d'établissement et/ou au CESC, réunion d'information spécifique...).
- Pour obtenir des résultats et essayer de les maintenir dans la durée, les jeunes doivent pouvoir bénéficier d'un nombre minimal d'interventions, assez longues et peu éloignées les unes des autres.
- Il convient de s'assurer préalablement des bonnes conditions matérielles (salle confortable et assez grande, matériel...).
- Tout au long de l'action, favoriser les échanges entre les jeunes.
- Réaliser si possible un document de synthèse des créations, remis à chaque jeune, véritable mémoire du chemin parcouru au fil des interventions. Quand c'est possible, organiser une exposition des créations, et la médiatiser largement.

## Agir en prévention primaire du suicide

Certaines actions de ce type s'adressent à un public de jeunes très général, lors d'interventions en lycée par exemple, et en dehors de tout événement particulier comme une tentative de suicide d'un jeune de l'établisse-



ment. Elles restent alors la plupart du temps centrées sur le mal-être que l'on peut ressentir à l'adolescence, sur l'ensemble des problèmes qui peuvent en découler (prise de risques, dépendance, violence...) et proposent des orientations pour pouvoir en parler.

Mais l'approche thématique, c'est-à-dire centrée sur la souffrance psychique et les tentatives de suicide des jeunes semble plus en mesure de porter ses fruits quand elle répond à un réel besoin. Bien sûr, il n'existe pas d'indicateurs de risques précis, permettant de distinguer des groupes de jeunes qui risquent X fois plus que la population générale des jeunes de faire des tentatives de suicide. Cependant, certains jeunes souffrent plus que d'autres, et si l'on en trouve dans tous les milieux et tous les genres d'établissements, on peut constater que certains lieux ou dispositifs sont fréquentés par une plus grande proportion de jeunes en situation de mal-être. C'est le cas de certains stages d'insertion ou de pré-insertion socio-professionnelle, de lieux d'accueil (usagers de drogues, jeunes en errance, foyers...), de filières scolaires réservées aux jeunes en échec, de maisons d'arrêt... Des actions spécifiques peuvent être menées auprès de ce type de public.

Les interventions auprès de jeunes vulnérables ne diffèrent pas, quant aux contenus et aux techniques d'animation, de celles menées auprès de la population générale des jeunes scolarisés, mais il faut sans doute y consacrer plus de temps et laisser plus de possibilités de recours à un entretien individuel. En effet, un des problèmes fréquemment rencontré dans les filières stigmatisées par l'échec scolaire ou éducatif est justement la difficulté de s'inscrire dans un groupe, d'y trouver sa place et de s'y sentir assez à l'aise pour s'exprimer librement.

## Agir au niveau collectif

### Objectifs

#### **Objectifs de niveau 1 : sensibiliser et informer sur la thématique**

*Pour les intervenants :*

- faire prendre conscience aux jeunes que la problématique individuelle de mal-être, ou de souffrance psychique pouvant conduire à une tentative de suicide, mais aussi à d'autres conduites mettant en danger sa santé ou sa vie, est également un problème de santé publique, c'est-à-dire qu'on le retrouve dans une partie de la population des jeunes



- informer les jeunes que la prévention du suicide des jeunes est une priorité nationale de santé publique, éventuellement déclinée dans des Programmes régionaux de santé, et plus largement que la société s'inquiète de leur santé et de leur bien-être
- établir avec les jeunes une hiérarchie des valeurs, qui place le fait de sauver une vie au-dessus du fait de savoir garder un secret
- donner la possibilité à chacun d'interroger ses représentations sur la question du mal-être et du suicide, et apporter des informations de nature à clarifier les connaissances sur l'importance et la nature de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire

*Pour les jeunes :*

- acquérir des connaissances sur la souffrance psychique et le phénomène suicidaire
- savoir que si l'on va mal, il existe des moyens et des mots pour le dire
- comprendre que sauver une vie est plus important que garder un secret
- être plus attentif aux autres

### **Objectifs de niveau 2 : informer sur les ressources disponibles**

*Pour les intervenants :*

- présenter précisément les différentes structures et personnes ressources pouvant écouter, accueillir et prendre en charge les jeunes et les adultes en situation de souffrance psychique

*Pour les jeunes :*

- savoir où et à qui s'adresser ou adresser un camarade quand ça va mal

### **Objectifs de niveau 3 : aider les jeunes à développer leurs ressources propres**

*Pour les intervenants :*

- favoriser chez les jeunes la verbalisation de leur mal-être et plus largement de leurs problèmes
- les inciter à demander explicitement un soutien auprès d'un adulte référent



*Pour les jeunes :*

- pouvoir énoncer le plus clairement possible ses problèmes
- pouvoir demander de l'aide quand ça va mal
- pouvoir aider un camarade à dire ce qui ne va pas, et le pousser à demander de l'aide à un adulte référent

### **Exemples d'actions et d'outils utilisés, pour répondre à un ou plusieurs niveaux d'objectifs**

#### *Plaquettes*

Les Codes et le Cres de Franche-Comté ont réalisé dans le cadre du PRS une plaquette pour les jeunes leur donnant les adresses de lieux d'accueil et d'écoute dans un rayon de 30 km à l'échelon du bassin de vie. Cet outil, de format réduit et photocopiable, complète l'annuaire des professionnels. Tiré à 20 000 exemplaires, il est aujourd'hui très demandé.

De la même manière, dans le Gard, les professionnels médicaux, psychologiques et sociaux du réseau santé – précarité du bassin sanitaire alésien ont ressenti la nécessité de laisser un support aux jeunes qu'ils rencontrent, contenant les adresses utiles locales. Édité à 10 000 exemplaires, ce support est remis par l'ensemble des acteurs locaux lors d'une action santé collective, ou lors d'un entretien individuel.

#### *Vidéo discussion*

Il existe un certain nombre de documents vidéo sur la thématique du mal-être ou sur les tentatives de suicide destinés aux jeunes. Les documents ci-dessous sont cités à titre d'exemple ; la liste n'en est pas exhaustive.

Quelle que soit la cassette vidéo utilisée, ce genre de document utilisé avec un groupe de jeunes ne peut se suffire à lui-même ; il faut prévoir un temps de discussion permettant au public de verbaliser ses affects, et à l'animateur de remplir ses objectifs pédagogiques, avec si nécessaire l'intervention d'un spécialiste.

- « C'est dur de trouver les mots » (fiche A, p. 102) , G. Gonet, 1995, 26 minutes, la Cathode Vidéo, avec livret pédagogique pour l'animateur. Ce film propose une alternance de témoignages et de fictions de jeunes autour de quatre thèmes : la souffrance intérieure, parler quand ça va mal, les tentatives de suicide, comment peut-on aider ? pour faire prendre conscience des facteurs qui peuvent amener un jeune à faire une tentative de suicide.
- « La déprime » (fiche B, p. 103), J. Douay, 1995, 24 minutes, Assurances générales de France adolescences. Il s'agit du témoignage de quatre

jeunes adultes ayant vécu ou vivant une période difficile de déprime ou de détresse plus profonde. Ils expliquent ce qu'ils ont ressenti, leurs relations aux autres (parents, amis), tentent de décrire les causes et amorcent quelques solutions. S'y ajoute l'intervention d'un psychologue.

La Mutuelle générale de l'Éducation nationale propose les titres suivants, disponibles à travers ses sections départementales :

- « Le miroir brisé (les problèmes de l'adolescence) », C. Cobast, J.-F. Solal, 1985, 47 minutes, tout public, adolescents. Ce film en deux parties apporte le témoignage de jeunes, sur les bouleversements physiologiques et psychologiques, les conflits avec le monde adulte et les comportements de fuite (fugue, délinquance, suicide...). Que peut-on faire pour que cette période se passe mieux ?
- « Tu ne peux pas comprendre (sexualité : la non-communication entre adolescents et adultes) », C. Cobast, 1987, 16 et 50 minutes, introduction au débat en classe ou entre adultes et adolescents. Ce film donne la parole à une dizaine de jeunes qui font part des conflits provoqués par la non-communication avec les adultes. Chez certains, ce « manque » débouche sur une tentative de suicide. Des médecins, spécialisés dans les problèmes de l'adolescence, interviennent.
- « Un trop grand passage (le suicide des jeunes) », C. Cobast, 1990, 25 minutes, adolescents, parents, équipes éducatives. L'interview d'une adolescente dépressive et de sa mère pose le problème des relations parents-enfants et d'une façon plus générale, celui de la rupture de la communication. Qui va pouvoir réagir à ce « suicide appel », aider et écouter l'adolescent ? Sur le rôle des enseignants, des jeunes donnent des réponses opposées. Les enseignants, eux, font part de leur désarroi.
- « Une ténébreuse affaire (la difficile communication dans un lycée entre les élèves et le personnel) », C. Cobast, J.-F. Solal, 1991, 26 minutes, jeunes des lycées, équipes éducatives des collèges et des lycées. L'institution scolaire permet la confrontation entre adultes et adolescents et devrait être un lieu d'échanges entre générations, échanges qui n'existent pas toujours.

### *Ateliers santé*

Des ateliers santé se développent dans de nombreuses structures, de l'Éducation nationale ou de dispositifs d'insertion. Ils gagnent à être le plus participatifs possible, et à permettre une rencontre avec des professionnels extérieurs.

L'exemple développé ici porte sur des ateliers santé menés depuis plusieurs années à Nîmes dans le cadre de l'Éducation nationale par le CDES 30 avec le soutien de la Mutualité française du Gard. Il s'adresse à



toutes les classes de 4<sup>e</sup> d'aide et de soutien et de 3<sup>e</sup> d'insertion. Les jeunes de ces classes présentent une vulnérabilité particulière, pouvant être liée, en fonction de situations individuelles :

- à des difficultés, voire des ruptures familiales ;
- à des problèmes de langue et de culture (primo arrivants) ;
- à des risques forts de rupture avec l'école, qui est pourtant un lien possible avec des structures et personnes ressources en matière de santé ;
- à une faible connaissance de soi, une difficulté à mettre des mots sur les sentiments et les émotions ;
- à une mauvaise image de soi, filière marquée par la honte, les échecs répétés, l'absence de perspectives d'avenir ;
- à des problèmes de comportement : difficultés à soutenir l'attention, communication interpersonnelle perturbée, violences verbales et physiques.

On peut dire que la plupart de ces jeunes vivent, à des degrés divers, une forme de souffrance psychique.

Le programme (20 fois 2 heures) mené en collaboration avec l'équipe éducative et en particulier avec la médecine scolaire a pour but, à partir d'une démarche participative, de permettre aux élèves d'identifier leurs besoins, de trouver leurs propres ressources, de mieux s'exprimer et communiquer. À travers des activités d'apprentissage, de loisirs et une pratique de la relaxation, les jeunes travaillent sur eux-mêmes, sur leurs relations avec leurs pairs et avec les adultes, et apprennent à connaître l'environnement médico-social de proximité.

L'évaluation [7], s'intéressant à l'impact du programme auprès des élèves, mais aussi auprès des adultes, montre entre autres, pour l'année écoulée, un taux d'absentéisme dans la classe de 3<sup>e</sup> d'insertion comparable à celui des classes de 3<sup>e</sup> de section générale, un maintien dans le système scolaire ou professionnel de l'ensemble des élèves après leur 3<sup>e</sup> d'insertion, une très forte mobilisation des élèves dans les ateliers et une plus grande concentration lors des autres cours.

#### *Émissions radio*

Il s'agit de réaliser avec un groupe de jeunes une émission diffusée en direct sur une radio locale, avec possibilité d'appel pour les auditeurs. Cela demande un grand travail de préparation en amont. Un tel programme existe à Alès, nommé « On parle sérieux ». Les émissions portent sur des thèmes choisis par les jeunes, et bénéficient toujours de l'intervention d'un professionnel, pour répondre aux questions spécifiques et rectifier les idées fausses.

#### *Théâtre forum*

Cette technique bien connue s'inspire de la théorie de l'opprimé développée par Paolo Freire [8] et a été répandue comme méthode pédagogique

par le Théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal. De nombreuses troupes proposent aujourd'hui des animations à partir du théâtre forum, et des formations à l'utilisation de cette technique pour des professionnels.

Utilisée comme technique d'éducation par les pairs, cette méthode repose sur l'idée qu'une grande partie des attitudes et des comportements est dictée par les rapports de domination, par la pression exercée par un individu ou par un groupe. Il s'agit, face à une situation donnée et présentée sous la forme d'une petite pièce de théâtre, de mettre à contribution l'ensemble des spectateurs pour trouver des solutions, différentes façons de réagir pour ne pas être dominé, pour ne pas être amené à faire quelque chose contre sa volonté. La scène de départ est construite avec un groupe de jeunes, à partir de situations vécues ; elle se termine souvent assez mal... La pièce est jouée intégralement une première fois devant un public, puis le Joker, un adulte formé spécialement pour ce rôle, propose une seconde représentation, en invitant les spectateurs à crier « STOP ! » à chaque fois qu'il leur semble qu'un des acteurs se débrouille mal, semble perdu. Les spectateurs sont alors invités à monter sur scène, remplacer l'acteur en question et proposer une autre réponse, une autre attitude ou un autre comportement. Plusieurs possibilités sont explorées, montrant les changements possibles du scénario vers une fin plus heureuse. Le Joker a un rôle fondamental, qui ne se limite pas à l'animation, puisqu'il doit aussi pouvoir apporter des informations, rectifier des idées fausses. C'est lui qui pose le cadre et anime le forum en jouant le rôle d'interface entre la scène et les spectateurs ; c'est sur lui que reposent la cohérence et le suivi de l'action.

Il n'apparaît pas très approprié de détailler ici des scénarios sur le thème du mal-être, puisqu'il vaut mieux les construire avec les jeunes. Il s'agit en général d'histoires faisant intervenir un jeune et son entourage et montrant le déroulement de la situation en fonction de l'événement stressant pour le jeune et les difficultés qu'il a à communiquer avec ses parents et /ou d'autres adultes et ses amis. Les interventions viseront à proposer des façons d'exprimer sa souffrance, mais aussi des façons de l'entendre et d'intervenir pour l'entourage. Cette technique est d'utilisation complexe et demande aux adultes l'encadrant une bonne formation.

### *Autres exemples*

Deux actions menées suite à une formation de professionnels organisée par le Covess pour les Pays de la Loire :

- Le constat fait dans deux foyers d'hébergement d'une augmentation des conduites à risques et notamment des conduites suicidaires chez les jeunes résidents a amené des professionnels à proposer une action. Il s'agit dans un premier temps de recueillir la parole des jeunes et des professionnels sur la prise de risques, puis de croiser ces deux discours.

par le Théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal. De nombreuses troupes proposent aujourd'hui des animations à partir du théâtre forum, et des formations à l'utilisation de cette technique pour des professionnels.

Utilisée comme technique d'éducation par les pairs, cette méthode repose sur l'idée qu'une grande partie des attitudes et des comportements est dictée par les rapports de domination, par la pression exercée par un individu ou par un groupe. Il s'agit, face à une situation donnée et présentée sous la forme d'une petite pièce de théâtre, de mettre à contribution l'ensemble des spectateurs pour trouver des solutions, différentes façons de réagir pour ne pas être dominé, pour ne pas être amené à faire quelque chose contre sa volonté. La scène de départ est construite avec un groupe de jeunes, à partir de situations vécues ; elle se termine souvent assez mal... La pièce est jouée intégralement une première fois devant un public, puis le Joker, un adulte formé spécialement pour ce rôle, propose une seconde représentation, en invitant les spectateurs à crier « STOP ! » à chaque fois qu'il leur semble qu'un des acteurs se débrouille mal, semble perdu. Les spectateurs sont alors invités à monter sur scène, remplacer l'acteur en question et proposer une autre réponse, une autre attitude ou un autre comportement. Plusieurs possibilités sont explorées, montrant les changements possibles du scénario vers une fin plus heureuse. Le Joker a un rôle fondamental, qui ne se limite pas à l'animation, puisqu'il doit aussi pouvoir apporter des informations, rectifier des idées fausses. C'est lui qui pose le cadre et anime le forum en jouant le rôle d'interface entre la scène et les spectateurs ; c'est sur lui que reposent la cohérence et le suivi de l'action.

Il n'apparaît pas très approprié de détailler ici des scénarios sur le thème du mal-être, puisqu'il vaut mieux les construire avec les jeunes. Il s'agit en général d'histoires faisant intervenir un jeune et son entourage et montrant le déroulement de la situation en fonction de l'événement stressant pour le jeune et les difficultés qu'il a à communiquer avec ses parents et /ou d'autres adultes et ses amis. Les interventions viseront à proposer des façons d'exprimer sa souffrance, mais aussi des façons de l'entendre et d'intervenir pour l'entourage. Cette technique est d'utilisation complexe et demande aux adultes l'encadrant une bonne formation.

### *Autres exemples*

Deux actions menées suite à une formation de professionnels organisée par le Covess pour les Pays de la Loire :

- Le constat fait dans deux foyers d'hébergement d'une augmentation des conduites à risques et notamment des conduites suicidaires chez les jeunes résidents a amené des professionnels à proposer une action. Il s'agit dans un premier temps de recueillir la parole des jeunes et des professionnels sur la prise de risques, puis de croiser ces deux discours.



- Dans un foyer de jeunes travailleurs où vivent des jeunes de 18 à 25 ans en difficulté, le constat est fait de l'inadaptation du projet socio-éducatif de la structure aux besoins actuels des jeunes. L'action entreprise par les professionnels ayant suivi la formation consiste en l'implication des jeunes sur un nouveau projet d'établissement, après une sensibilisation des membres du Conseil d'administration.

## **Agir au niveau individuel**

### **Objectifs**

#### **Objectif de niveau 1 : accueillir et écouter**

*Pour les intervenants :*

- pouvoir engager une discussion avec un jeune qui manifeste des signes de souffrance psychique
- permettre une diminution de la souffrance par l'expression
- repérer une crise suicidaire et déterminer son degré de gravité

*Pour les jeunes :*

- faire diminuer la tension interne par l'expression de sa souffrance et de ses problèmes
- se sentir respecté et compris

#### **Objectif de niveau 2 : amener au soin, accompagner vers le dispositif de prise en charge**

*Pour les intervenants :*

- amener le jeune à entreprendre une démarche d'accès aux soins ou, suivant son état, l'effectuer pour lui
- s'assurer de l'effectivité d'une prise en charge
- en cas de contact avec la famille, essayer de repérer un adulte qui croit dans le jeune, qui lui apporte un soutien inconditionnel

*Pour les jeunes :*

- effectuer une démarche d'accès aux soins
- accepter le principe d'une prise en charge si nécessaire

### **Exemples d'actions et d'outils utilisés**

*Lignes téléphoniques pour l'information, le soutien et l'orientation*

Un numéro à vocation nationale a été créé en 1995 par délégation du ministère de l'emploi et de la solidarité faite à l'École des parents et des éducateurs : « Fil santé jeunes », 0800 235 236 ; c'est un numéro vert,

anonyme et gratuit pour les jeunes de 11 à 25 ans. Cette ligne téléphonique, accessible de 8 h à 24 h tous les jours, a reçu une double mission du ministère de la Santé : proposer aux jeunes écoute, information et orientation dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale, et être un observatoire social des difficultés des jeunes en matière de santé. Le mal-être représente 12,2 % des motifs d'appel, et trois jeunes appelants sur quatre sont orientés, dont un peu moins de la moitié vers des centres de soins publics, CMP ou CMPP.

Des lignes régionales se créent dans plusieurs régions françaises, pour permettre une orientation fine dans les réseaux locaux de prise en charge. Cela demande un investissement important, notamment en temps et en formation, pour les professionnels écoutants. Ce point sera développé dans le chapitre suivant : aider les professionnels à intervenir auprès des jeunes.

### *Dispositifs d'écoute pour les jeunes*

De nombreux Points écoute jeunes et Points accueil jeunes et parents ont été mis en place dans les dernières années, pour permettre un accès à la parole et une prise en compte des problématiques rencontrées par les adolescents et les jeunes adultes. Leur évaluation est en cours dans de nombreuses régions. Si certains se sont mis en place un peu précipitamment et n'ont pas atteint la fréquentation que l'estimation des besoins laissait espérer, d'autres ont fait la preuve de leur intérêt.

L'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté a évalué [9], entre septembre 1998 et février 1999, le Point écoute jeunes du district urbain de Besançon. Ce lieu d'accueil et d'écoute est destiné aux jeunes de 10 à 25 ans en souffrance suite à un conflit familial, une fugue, un échec scolaire ou une situation de mal-être. Ses objectifs ont été définis de la façon suivante :

- proposer un lieu neutre de parole à des enfants, des adolescents et de jeunes adultes ;
- faciliter l'orientation de jeunes en difficulté vers des structures de soins, d'hébergement, d'insertion ;
- proposer le cas échéant des séances de médiation – conseil avec les parents.

Le Point écoute jeunes est une structure relais ; il reçoit les jeunes pour un à trois entretiens maximum.

En 1999, 80 entretiens et 5 médiations familiales ont eu lieu pour 65 jeunes aidés (41 filles/jeunes femmes et 24 garçons/jeunes hommes). L'âge moyen est de 20 ans. La demande la plus fréquente concerne la santé : 77 % de demandes de soins psychologiques, psychiatriques ou



médicaux. Les orientations les plus fréquentes se font vers les médecins généralistes, les psychologues et psychiatres, les structures pour jeunes. Ces chiffres sont à rapprocher des données sur le suicide : chaque année, 20 jeunes de 15 à 24 ans décèdent dans la région des suites d'un suicide. Il est impossible de dire si le Point écoute jeunes a permis d'éviter des suicides ou des tentatives, mais il apparaît évident qu'il touche des jeunes particulièrement vulnérables.

Une expérience intéressante a lieu dans la région Rhône-Alpes [10] : il s'agit de permanences de psychologues dans les missions locales. L'évaluation réalisée par le Réseau régional Missions locales/PAIO Rhône-Alpes avec l'appui de la Fnors porte sur trois expériences différentes sur 5 sites ayant touché au cours de la période considérée 53 jeunes vus en entretien. 8 d'entre eux ont été orientés vers le soin psychiatrique ; 12 n'ont pas donné suite au premier entretien, ce qui est assez peu, étant donné les difficultés de ce public à engager une démarche de soins.

Sur les 32 qui ont été vus trois ou quatre fois, le suivi a montré des effets positifs (amélioration ou stabilisation) sur l'humeur (30), les troubles fonctionnels (10), les troubles du comportement (16), la vie relationnelle (25) et le parcours d'insertion (24). D'après le psychologue, promoteur de cette démarche d'évaluation, il s'agit de « prendre en compte » le mal-être ou la souffrance psychique, et non de la « prendre en charge ». Ces interventions ont également des répercussions sur les équipes des missions locales (cf. p. 64 : Analyse de la pratique).

#### *Consultations médicales ou médico-psychologiques*

Il s'agit de favoriser l'accès au dépistage des problèmes de santé mentale et l'accès aux soins si nécessaire. Comme de nombreux jeunes ne vont pas consulter spontanément, quand ils n'ont pas d'atteinte physique, il s'agit de trouver des moyens de se rapprocher d'eux, de faciliter le premier contact. Les exemples ci-dessous sont autant de manières de répondre à cette difficulté.

- Pouvoir parler de santé au sens global du terme avec un médecin généraliste : la Mutualité sociale agricole a mis au point un protocole pour favoriser le dialogue entre jeunes et médecins généralistes. Testé dans trois départements, il s'étend aujourd'hui à l'ensemble du territoire. Ce protocole comprend l'envoi à tous les jeunes relevant de la MSA d'une plaquette les invitant à se poser des questions sur leur vie, leurs pratiques face aux risques, leurs éventuels problèmes de sommeil, d'addiction, relationnels... Invitation leur est faite de consulter gratuitement un médecin généraliste de leur choix, la plaquette leur permettant de préparer l'entretien avec le médecin. Comme on le verra dans le chapitre suivant, ce protocole comprend également un volet d'action en direction des médecins généralistes.
- Dans le même état d'esprit, un questionnaire – amorce de dialogue entre adolescents et médecins généralistes, a été testé en 1994 auprès de

41 médecins l'ayant fait remplir à 347 jeunes de 13 à 18 ans. Ce questionnaire, destiné à préparer la consultation, se compose de 21 questions auxquelles les jeunes répondent par oui ou par non :

- Je pratique une activité sportive régulière (plus de 2 h/semaine).
- J'attache toujours ma ceinture de sécurité en voiture.
- Je fume des cigarettes (tous les jours ou presque).
- Je saute souvent un repas.
- Je suis satisfait(e) de ma taille.
- Je suis satisfait(e) de mon poids
- Il existe une bonne communication entre mes parents et moi.
- Mes parents ont des problèmes de chômage.
- Je me sens à l'aise avec les jeunes de mon âge.
- Je préfère la solitude.
- L'enseignement que je reçois m'intéresse.
- Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable.
- Je sais quel métier j'aimerais exercer plus tard.
- Je connais des personnes qui se droguent.
- J'ai souvent du mal à m'endormir.
- Je me sens bien dans ma peau.
- Je suis triste, assez souvent.
- Il y a des personnes autour de moi (parents, adultes) avec qui je peux parler de sexualité.
- Je sais ce qu'est la contraception.
- Je sais que mes vaccinations sont à jour.
- J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler.

Ce questionnaire a permis de dépister des troubles et a attiré l'attention des médecins généralistes sur l'importance de leur rôle en matière de conduites à risques chez les adolescents. 16 adolescents ont bénéficié, suite à l'utilisation de ce questionnaire, d'une prise en charge plus précise, voire multidisciplinaire.

- Avoir accès à une consultation médicale ou psychologique à l'université : de nombreux services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé proposent aujourd'hui ce type de consultation de manière active. À Metz par exemple, c'est une action de prévention menée auprès des étudiants qui a fait apparaître le stress et le mal-être comme une de leurs préoccupations majeures, surtout en première année. Ce mal-être s'explique par la séparation avec le milieu familial, un sentiment d'isolement, des difficultés d'adaptation, une absence de projet professionnel. Le



service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé a mis en place des consultations sur le campus même, deux jours et demi par semaine ; environ 300 jeunes en ont bénéficié en 2000.

- Avoir accès à un soutien psychologique par des pairs : les associations d'étudiants gays et lesbiennes. Certains jeunes homosexuels et lesbiennes vivent très mal leur différence d'orientation sexuelle, comme peuvent en témoigner les courriers parfois désespérés envoyés au Centre gay et lesbien à Paris, qui propose des activités communautaires et peut notamment faciliter l'accès aux soins. Par ailleurs, le Centre héberge des associations d'étudiants proposant rencontres et soutien sur différents campus universitaires.

## Références bibliographiques

- [1] Circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98 / 568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique – programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.
- [2] Prévention des conduites à risques et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires. Circulaire n° 98/108 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 publiée au Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale n° 28 du 9 juillet 1998.
- [3] Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98 / 237 du 24 novembre 1998 publiée au Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale n° 28 du 3 décembre 1998.
- [4] Programme régional de santé. Prévenir le suicide des jeunes (10-24 ans) en Haute-Normandie. Document de synthèse. 1999-2001. Rouen : Drass, 2001, 95 p., réf. bib.
- [5] Question santé (asbl). D Stress. Pour en savoir plus. Bruxelles : Questions santé, 1996, 12 p.
- [6] Cres Haute-Normandie. Synopsis, valorisation du bien-être & estime de soi (mallette pédagogique pour la prévention des conduites à risques chez les jeunes). Rouen : Cres Haute-Normandie, 2001, Guide pour l'animateur, supports de jeux et exercices, documents d'évaluation.
- [7] Daussant F. Soyez zen. Atelier santé. Collège Diderot Nîmes. Septembre 1999 – juin 2000. Nîmes : Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard, 2000, 17 p., annexes.
- [8] Freire P. Pédagogie des opprimés. Paris : La Découverte, 1983, 200 p.
- [9] ORS Franche-Comté. Évaluation et développement des dispositifs d'écoute jeunes en Franche-Comté. Juillet 1999, 144 p.
- [10] Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors). Évaluation de 8 actions de prévention du suicide. Paris : Fnors, 2000, 54 p.

# Intervenir auprès des professionnels

Mener une action



## Intervenir en promotion de la santé mentale

Les professionnels concernés sont avant tout les enseignants et les éducateurs, mais tout professionnel en contact avec des adolescents peut s'interroger sur la manière dont il entre en relation avec eux, la manière dont il les considère.

### Objectifs

**Objectif de niveau 1 : sensibiliser et informer sur la thématique du bien-être et de la santé mentale**

**Objectif de niveau 2 : donner des outils aux professionnels pour l'intervention auprès de jeunes**

### Mobilisation des professionnels

Mobiliser sur le bien-être et la santé mentale n'apparaît pas évident. De nombreux professionnels sont plutôt demandeurs de formations ou d'interventions sur le suicide, les moyens de repérer les jeunes ayant des idées suicidaires et d'éviter le passage à l'acte. Le mot « santé » accolé à « mentale » fait peur et évoque le domaine réservé des professionnels du monde psychique ; quant à « bien-être », cela évoque plutôt les loisirs ou, si l'on parle de sophrologie ou de relaxation, les sectes New Age...

Parmi les rares PRS abordant directement la question de la promotion de la santé mentale, celui de Basse-Normandie, « Suicide, un appel à vivre »



développe avec le Cores un programme important en direction des professionnels. Le Cores a choisi une stratégie de programmation participative et de pédagogie active. Une première rencontre, en mars 1996, a vu se réunir 60 professionnels venant essentiellement de l'Éducation nationale, et suite à cette rencontre, des partenariats se sont développés avec plusieurs établissements scolaires. Le travail s'est ensuite mené à partir des savoir-faire de terrain, en proposant une approche pluridisciplinaire, croisant les regards de la médecine, de la psychologie et de la sociologie. La deuxième rencontre régionale, en mars 1998, a vu la mobilisation de 500 professionnels...

Il s'agit de faire prendre conscience aux adultes exerçant une fonction éducative qu'il leur faut interroger leurs pratiques et leur attitude générale face aux jeunes. Le Cores accompagne ainsi des groupes d'adultes pour les aider à mener une analyse de la pratique concernant la relation éducative. Ce travail est long, et demande de créer d'abord un climat de confiance entre les adultes. Il faudra également du temps pour évaluer les résultats de ce type d'action sur la santé mentale des jeunes dans les établissements concernés.

### **Analyse de la pratique, interrogations sur la relation éducative**

Ce travail peut prendre des formes diverses. Il s'effectue en groupes de professionnels exerçant les mêmes fonctions ou travaillant sur un même site. Il s'agit de réfléchir ensemble à l'impact que peuvent avoir les attitudes et comportements des adultes sur la santé mentale des jeunes, de comprendre que la forme et le fond des interventions peuvent, selon le cas, renforcer leur bien-être ou accentuer leur mal-être.

#### **Exemple d'exercice**

Cet exercice est proposé par le Cores de Basse-Normandie aux professionnels engagés dans cette réflexion, sur le thème : « préserver l'image de soi face aux situations d'échec ».

#### *Objectifs*

- Confronter regards, représentations et émotions autour de situations d'échec vécues ou observées.
- Tenter de prendre ensemble le recul nécessaire et ne pas se limiter à son positionnement personnel.
- Dégager des pistes d'actions concrètes à mettre en œuvre sur le terrain, avec les jeunes.

#### *Consignes de travail*

- Évoquer individuellement une situation d'échec, vécue ou observée, et mettant en jeu au moins un adolescent et un adulte. Repérer 5 éléments

qui participent à la préservation de l'image de soi, et 5 éléments qui l'atteignent défavorablement. Les décrire et mettre à jour quelques éléments de compréhension.

- En groupe, dégager des axes d'actions concrètes pouvant être mis en œuvre dans la vie quotidienne, entre adultes et adolescents.

Le Cores propose comme objectif général pour les professionnels engagés dans cette dynamique : aider au développement du goût de vivre et de la santé mentale. Trois principes de base sous-tendent ce programme :

- chaque personne doit avoir une place d'acteur ;
- les professionnels visent à renforcer les compétences propres de la population avec laquelle ils travaillent ;
- les actions visent la personne, mais également ses interactions sociales et son insertion dans le groupe.

Le programme a permis de dégager 6 axes de travail avec les professionnels :

- favoriser l'insertion communautaire de jeunes ;
- aider à préserver l'image de soi face à l'échec : bannir l'humiliation de la relation adultes/adolescents, valoriser l'estime de soi ;
- permettre la parole et l'écoute pour gérer les conflits et la violence ;
- viser la cohérence entre parole et action, les situations proposées qui contiennent des contradictions sont des formes de violence ;
- aider au développement de relations entre adolescents et adultes référents, choisis ou repérés par les jeunes ;
- réguler la relation éducative par la mise en place de groupes de parole de jeunes et/ou d'adultes.

Ce programme expérimental propose trois formes de glissement :

- de l'intervention individuelle vers l'intervention collective,
- d'une intervention sur la souffrance vers une intervention sur le bien-être,
- d'une prise en charge qui évoque la passivité, le « faire pour la personne » vers un accompagnement qui implique de « faire avec la personne ».

## Formations

Le pôle formation du CFES a défini en 1999 une charte de qualité sur la formation en éducation pour la santé (charte A, p. 108), à laquelle il peut être utile de se référer, pour les formations de relais en promotion de la santé mentale comme pour les formations au repérage et à l'orientation des jeunes en situation de souffrance psychique (cf. p. 77).



Un certain nombre de recommandations spécifiques à la formation peuvent s'en dégager :

- privilégier les « formations – actions » s'appuyant sur une pédagogie active des stagiaires et insistant sur les représentations, les savoir – faire et savoir être ;
- avoir une bonne connaissance des besoins et des demandes des stagiaires préalablement à la formation ;
- veiller à ne pas trop déstabiliser les stagiaires, même si une formation est toujours la remise en question d'un équilibre.

### **1<sup>er</sup> exemple : Formation de relais réalisée par l'équipe du Cres de Haute-Normandie**

Il s'agit de professionnels de l'Éducation nationale intervenant auprès des jeunes de 4<sup>e</sup> concernés par l'action (cf. tableau p. 46).

#### *Recommandations*

- Les formateurs doivent pouvoir adopter des attitudes spécifiques : écoute, observation du non verbal et offrir un environnement chaleureux et sécurisant qui favorise l'expression. Les qualités habituelles des formateurs doivent ici être particulièrement aiguisées: empathie, chaleur, ouverture, congruence, humour, capacité à dire « je ne sais pas ».
- Les formateurs doivent adhérer aux fondements théoriques développés dans les actions ainsi qu'à l'éthique de l'éducation pour la santé.
- Prévoir à la fin de chaque journée de formation un temps de dialogue et d'expression suffisamment long, et rester disponible : il n'est pas rare qu'un stagiaire demande un entretien individuel.
- Une des difficultés majeures réside dans le recrutement des stagiaires pour la formation. Quelqu'un qui ne veut pas se remettre en question peut empêcher tout un groupe de progresser. Il peut être intéressant d'imposer des pré-requis, et en tout état de cause, de prévenir les candidats qu'il s'agit avant tout d'un travail sur soi, mais que la formation n'est pas une thérapie !

#### *Objectifs*

- Actualiser ses connaissances sur l'adolescence et les conduites à risques.
- Acquérir les repères théoriques sur les fondements du bien-être, de la résilience et de l'estime de soi.
- Identifier ses propres freins et motivations à travailler cette question.
- Apprendre à renforcer les facteurs de protection (compétences psychosociales) chez les jeunes.
- Comprendre son rôle et ses limites dans la relation éducative.

### Contenus

- Principales données sur l'adolescence, le mal-être, la souffrance psychique, la prise de risques, les tentatives de suicide.
- Définition de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la résilience.
- Définition des compétences psychosociales.

Pour les adultes, la contribution au renforcement des facteurs de protection des jeunes s'effectue :

- en utilisant un langage positif et valorisant, sans jamais culpabiliser, menacer ou ridiculiser. Un enfant à qui l'on dit sans cesse qu'il est incapable finit par le croire et se comporter comme tel ; un enfant dont on souligne les compétences peut développer sa confiance en lui ;
- en encourageant à trouver des solutions, en expliquant les limites, les contraintes, en leur faisant vivre les conséquences de leurs actes, en accompagnant vers l'autonomie ;
- en encourageant les gestes de partage et de solidarité ;
- en encourageant la créativité ;
- en établissant des règles claires et sécurisantes ;
- en repérant les signes de bien-être ;
- en acceptant de ne pas savoir répondre.

### Méthodes pédagogiques

Une alternance d'apports théoriques et d'expérimentation, de travaux de groupe et de mises en situation permet de favoriser l'expression individuelle et d'accompagner la remise en question des pratiques professionnelles.

### 2<sup>e</sup> exemple : Formation du Codes du Tarn

Deux niveaux de formation ont été proposés aux professionnels :

- « La santé mentale des adolescents », en 5 jours, suivie en 2000 par 32 personnes (2 sessions).
- « Mettre en place un programme de santé mentale chez les adolescents », en 3 jours et demi, suivie par un groupe ayant effectué le premier niveau de formation.

### Contenus

- Apports théoriques :
  - Approche globale, positive et dynamique de la santé, prise en compte de l'imbrication des différentes dimensions.
  - Différentes approches de l'éducation pour la santé (EPS).
  - Méthodologie, planification et outils en EPS.



- Dispositifs de prise en charge.
- Épidémiologie des tentatives de suicide et des suicides.
- Travail et échanges :
  - Représentations sociales du suicide, de la mort, des jeunes...
  - Enjeux institutionnels, facteurs de résistance au changement.
  - Interrogations éthiques.
  - Système de santé et relation soignant – soigné.

### **3<sup>e</sup> exemple : Formation organisée par la Mutualité sociale agricole (MSA) des médecins généralistes pour aborder la question de la santé avec les jeunes**

Profitant de l'invitation qui leur a été faite par la MSA, de nombreux jeunes sont allés voir un médecin généraliste sans souffrir d'une pathologie somatique, et en préparant l'entretien grâce à un questionnaire. Ce protocole prévoyait bien sûr une information préalable des médecins, insistant sur la nécessité d'engager une véritable discussion avec les jeunes et d'aborder les aspects mentaux et sociaux de la santé au même titre que les aspects physiques.

Le programme expérimental a permis le retour d'environ 500 bilans de santé et questionnaires de jeunes. Il ressort de l'analyse de ces retours que les jeunes sont globalement en bonne santé. Néanmoins, de nombreux jeunes caractérisés par un score de mal-être élevé sont jugés en très bonne santé mentale par les médecins. Cette différence ne se retrouve pas pour les autres domaines de la santé.

Cette situation a amené la Caisse centrale de la MSA à proposer aux médecins généralistes exerçant en milieu agricole et rural une sensibilisation sur le thème du mal-être des jeunes, en collaboration avec Marie Choquet et Xavier Pommereau. L'objectif de ces séances est de pouvoir aborder la question du mal-être et du suicide avec les jeunes. Une cassette vidéo et une grille d'évaluation des difficultés des jeunes ont été testées dans les trois départements pilotes, avant d'être généralisées à l'ensemble du territoire national.

### **4<sup>e</sup> exemple pour la formation des médecins généralistes : élaboration d'un cahier des charges<sup>[1]</sup> par le Cres et les CDES de Bretagne**

Il s'agit de former les médecins généralistes à l'éducation pour la santé dans le cadre de leurs consultations avec les adolescents et les jeunes adultes. Un cahier des charges a pu être élaboré à partir de 20 entretiens approfondis menés auprès de généralistes de la région et portant sur leurs consultations et suivis de jeunes, ainsi que sur leurs souhaits de formation. Parmi les objectifs spécifiques de ce programme :

- outiller les médecins généralistes à la prise en compte de la souffrance psychique des adolescents dans le cadre de la consultation ;
- outiller les médecins généralistes à la prise en compte des dimensions relationnelles et environnementales et non seulement organiques de la prise en charge des adolescents.

Les premières formations devraient se réaliser en 2001.

Ces deux derniers exemples sont en fait à cheval entre la promotion de la santé mentale et la prévention des tentatives de suicide. Les formations en question s'adressent à des soignants, et visent, sans pour autant leur demander d'abandonner leur pratique clinique et thérapeutique, l'adoption d'une attitude plus ouverte sur la santé au sens global, incluant une discussion avec les jeunes sur les différents aspects de leur santé.

## **Intervenir en prévention primaire des tentatives de suicide**

Ce n'est pas si simple pour les professionnels en contact régulier avec des jeunes d'intervenir auprès d'eux sur la thématique du mal-être et du suicide. Les difficultés que nombre d'entre eux évoquent pour intervenir dans ce champ sont de divers ordres :

- désarroi face au sujet lui-même ;
- méconnaissance des dispositifs de prise en charge existants, des ressources locales ;
- difficultés à repérer et à accompagner les personnes à risque, questionnement sur les limites de leur intervention, sur la vie privée, le secret professionnel... ;
- difficultés à mettre en œuvre des réponses, étant donné parfois leur isolement au sein de leur institution et le cloisonnement entre les différentes institutions ;
- difficulté des personnes à entamer une démarche de soins, à s'y tenir.

Dans le même temps, de nombreux professionnels témoignent de la sollicitation sur cette thématique. L'évaluation conduite par la Fnors [10, p. 62] montre qu'une importante proportion de médecins généralistes, mais aussi de responsables de lycées et collèges, de missions locales et de foyers d'hébergement est confrontée à des personnes déclarant avoir des idées suicidaires.

Un autre exemple nous est donné par l'enquête menée en décembre 1996 dans le cadre du PRS de Lorraine auprès des acteurs de terrain [2] (santé, éducation, social, prévention, justice). Parmi les 165 répondants :



- 123 ont déjà été confrontés à une personne exprimant des idées suicidaires (86 dans les six mois précédant l'enquête) ;
- 93 ont été confrontés à une personne présentant une conduite suicidaire (91 dans les six derniers mois) ;
- 102 ont été confrontés à une tentative de suicide (63 dans les six derniers mois) ;
- 62 ont été confrontés à un suicide (21 dans les six derniers mois).

Dans une étude de l'ORS de Franche-Comté [9, p. 62], des professionnels des dispositifs d'écoute et/ou en contact avec des jeunes en souffrance font état des recommandations suivantes :

- Pour le Doubs, le Jura et la Haute-Saône (45 entretiens) :
  - la création d'un véritable réseau de professionnels, car les jeunes en souffrance cumulent souvent les difficultés ;
  - l'augmentation du nombre de structures d'accueil des jeunes ;
  - la sensibilisation des professionnels en contact avec des jeunes à l'écoute, ainsi qu'une information sur les structures existantes.
- Pour le Territoire de Belfort (20 entretiens) :
  - élargir les horaires d'ouverture des structures existantes ;
  - permettre un accès des structures en urgence 24 heures sur 24 ;
  - sensibiliser les professionnels pour qu'ils acquièrent le réflexe d'orienter un jeune qui va mal.

Il s'agit donc bien d'aider les professionnels à s'engager et de leur donner les moyens d'agir. Plusieurs niveaux d'intervention sont possibles.

## Objectifs

### Objectifs de niveau 1 : mobiliser sur la thématique

- sensibiliser et informer les professionnels sur la souffrance psychique et la crise suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes
- les inciter, à partir d'un travail sur leurs représentations du suicide, à se positionner en tant qu'acteurs dans la prévention primaire, chacun à son niveau et en fonction de ses possibilités

### Objectifs de niveau 2 : donner des outils aux professionnels pour l'orientation et l'accompagnement dans le dispositif de prise en charge

- équiper les professionnels d'un outil adapté pour l'orientation des jeunes en situation de souffrance psychique
- favoriser l'organisation des professionnels concernés en réseau

### **Objectifs de niveau 3 : donner des outils aux professionnels pour le repérage des jeunes en souffrance**

- former les professionnels au repérage de la crise suicidaire et à la mesure de son degré d'urgence
- former les professionnels aux techniques d'entretien d'aide appliquées à la crise suicidaire

### **Objectif de niveau 4 : soutenir les professionnels engagés dans ces actions**

- organiser en fonction de leurs besoins un dispositif de soutien des professionnels engagés dans des interventions auprès de jeunes en situation de souffrance psychique

## **Exemples d'actions et d'outils utilisés**

### ***Sensibilisation, information et mobilisation***

L'intérêt de commencer par une phase de sensibilisation est de rendre les professionnels conscients de l'importance croissante du problème des tentatives de suicide chez les jeunes, des enjeux que cela représente et des solutions possibles.

Pour augmenter les chances de succès de cette phase, la communication doit être la plus large possible, pour toucher les professionnels ou bénévoles ayant un rapport direct avec la problématique du suicide, et aussi ceux qui ont un rapport moins spécifique, mais qui peuvent avoir un intérêt pour le sujet.

Toutes les étapes doivent être rendues visibles et clairement situées dans le calendrier ; il faut veiller à la continuité entre les étapes et ne pas laisser trop de temps s'écouler, sous peine d'assister à une démobilitation des acteurs potentiels.

Cette phase de mobilisation doit permettre de formaliser un cadre général pour les interventions : formulation d'objectifs, création d'une instance de pilotage ou de régulation...

Les moyens que l'on peut utiliser sont nombreux :

#### *L'enquête exploratoire*

Il peut être intéressant d'utiliser une méthode participative, comme cela a été le cas dans le cadre du programme départemental du Gard[3] où le CDES 30 et la Mutualité française ont mené une enquête exploratoire avec interviews de professionnels et de parents d'élèves sur cinq sites. La mobi-



lisation de ces acteurs de terrain s'est poursuivie avec les volontaires qui ont participé à l'élaboration des conclusions de l'enquête et à leur restitution dans les différents sites. Trois comités locaux de prévention du mal-être et des tentatives de suicide des 15-25 ans se sont ainsi constitués. Fin 2000, celui de Bagnols-sur-Cèze travaille au maillage des professionnels et des acteurs locaux ainsi qu'à l'élaboration d'une formation commune, celui du Vigan œuvre à la création d'un répertoire local et à l'organisation d'une conférence destinée au grand public, et celui de Nîmes prépare une formation sur le thème de la prévention des tentatives de suicide des jeunes. Les professionnels d'Alès travaillaient déjà sur cette question dans le cadre de leur réseau ; quant au 5<sup>e</sup> site, il n'y a pas eu volonté de poursuivre le travail.

Accompagnant les mobilisations collectives, un certain nombre de professionnels ont utilisé ce travail pour réorienter leurs propres pratiques. Ainsi, une infirmière scolaire assure depuis ces rencontres le suivi de jeunes suicidants ayant été hospitalisés.

#### *L'organisation de conférences ou de colloques*

Cette action est utile pour se rendre compte qu'on n'est pas seul à être confronté au problème, qu'on peut faire quelque chose, et pour identifier les lieux et les personnes ressources. Il est conseillé de faire intervenir un « ténor » et des acteurs locaux, pouvant témoigner de leur expérience.

- Exemple 1 : Séminaire régional « Jeunes en détresse, les nouveaux enjeux de la santé », à Besançon. L'invitation a été lancée très largement aux professionnels de la santé, de l'insertion, de l'éducation et de la justice. 500 d'entre eux ont répondu. L'intervention d'experts, donnant des pistes pour le repérage et la prise en charge, et la confrontation de pratiques ont permis de renforcer le réseau régional de prévention et de prise en charge des jeunes en souffrance psychique.
- Exemple 2 : À Nîmes, un colloque de la même nature, organisé dans le cadre du programme départemental de prévention des tentatives de suicide des 15-25 ans, a rassemblé 200 professionnels. Il s'agissait dans un premier temps de permettre à des acteurs locaux de témoigner de leur pratique professionnelle, à partir de 4 questions : quelle a été la nature de la confrontation avec la problématique ? Une coopération s'est-elle mise en place et avec quels partenaires ? Y a-t-il eu à cette occasion une remise en cause des pratiques professionnelles ? Quelles sont les pistes proposées pour renforcer la prévention primaire ? Dans un second temps, un pédopsychiatre a situé la tentative de suicide dans le contexte bien spécifique de l'adolescence.

#### *La rédaction d'articles*

Elle peut se faire pour des revues ou des bulletins professionnels. En Seine-Saint-Denis par exemple, la mission départementale de prévention des

toxicomanies a organisé en mai 2000 un débat sur le suicide des jeunes et sa prévention. Le bulletin de liaison de la mission départementale de septembre 2000 est consacré entièrement à ce débat, et a permis ainsi de sensibiliser et d'informer tous les acteurs du département. Ce numéro fait le point sur l'épidémiologie et les facteurs de risques, les liens entre suicide et autres prises de risques, présente des expériences de prévention primaire, propose une bibliographie et quelques adresses utiles.

La Santé de l'Homme, publication du CFES à destination des acteurs de l'éducation pour la santé, a publié dans son numéro 342 de l'été 1999, un dossier [4] d'une trentaine de pages intitulé : *Quelle prévention du suicide ?* Il contient des éléments théoriques et le résumé d'actions pilotes, ainsi que de très utiles références bibliographiques par thème.

### *L'organisation de soirée-débat avec projection d'une vidéo*

- « Sortie de secours », M. Desmeuzes, 53 minutes, Éducation nationale, avec un guide de l'accompagnant. Destiné aux adultes ayant en charge des adolescents et aux parents d'élèves, ce document fait le point sur l'épidémiologie, les facteurs de risques et les signes d'appel, et donne une bibliographie et des adresses utiles. L'objectif annoncé est de comprendre les difficultés des jeunes et de repérer les signes d'appel.
- « Une autre vie » (fiche C, p. 104), K. Bengana, 1995, 50 minutes, Circeto Films Production, pour adultes et professionnels. Ce document relate l'histoire de la réalisation d'une vidéo par un groupe de jeunes ayant en commun d'avoir fait une tentative de suicide, à laquelle s'ajoutent leurs témoignages. L'objectif est de prendre conscience du problème des tentatives de suicide chez les jeunes, de réfléchir à ses représentations, ses attitudes, et son comportement en tant qu'adulte face à ce problème et d'ouvrir un débat.
- « Ce rayon de soleil » (fiche D, p. 106), 1996, 47 minutes, La Cathode Vidéo. Cette vidéo s'adresse aux enseignants, éducateurs et professionnels de la santé et du social. Elle se compose de témoignages de jeunes de 18 à 25 ans concernés par les tentatives de suicide, analysés et commentés par un psychiatre travaillant dans un centre d'accueil pour jeunes suicidants. Trois grands chapitres : la souffrance, les tentatives de suicide, les manières de réagir.
- Deux documents audiovisuels, présentés dans le chapitre consacré aux jeunes, sont également destinés aux adultes : « C'est dur de trouver les mots » et « La déprime » (fiches A et B, p. 102 et 103).

### **Mise en réseau**

**Attention :** Le nom de réseau ne recouvre pas forcément les mêmes réalités, d'un endroit ou d'une thématique à l'autre. Nous utiliserons ce terme



pour désigner un mode d'organisation permettant, à partir de la connaissance des missions de chaque structure et de l'investissement de chaque membre, de faire circuler l'information, de se former, et de pouvoir orienter et accompagner les jeunes vers le soin et la prise en charge.

Pour qu'un réseau dure, il faut assurer une bonne circulation de l'information, prévoir des actions concrètes à toutes les étapes, et associer le plus largement possible les membres à la prise de décisions.

*Quelques exemples de mise en réseau :*

- En Franche-Comté : il s'agit d'un réseau interprofessionnel sous forme associative. Étudié dans le cadre de l'évaluation réalisée par la Fnors [10, p. 62], il correspond à un besoin exprimé largement par les professionnels de la région, dès 1998, qui demandaient une coordination et un décloisonnement des structures. Le réseau, qui porte un projet d'écoute téléphonique, a un fonctionnement démocratique, a prévu la formation de ses membres dès son origine et s'est doté d'une charte de fonctionnement. Les autres facteurs de réussite du réseau résident dans la motivation de ses fondateurs, une pluridisciplinarité effective et l'investissement de volontaires aux compétences complémentaires. Ses problèmes résident aujourd'hui essentiellement dans les difficultés de cofinancement entre les grands financeurs locaux, et dans une dimension régionale difficile à mettre réellement en œuvre.

- En Basse-Normandie : une formation interdisciplinaire menée à Caen avait, parmi ses objectifs annoncés, la mise en réseau de professionnels. L'évaluation en a montré les difficultés. Le premier jour de la formation, les stagiaires se sont plutôt tournés vers leurs pairs, et la tension était perceptible entre les différentes professions : médecins généralistes, travailleurs sociaux, psychiatres. Les discussions s'envenimaient notamment autour de la notion de secret médical. Progressivement, la découverte de la complexité du phénomène du suicide a amené les stagiaires à se rendre à l'évidence : une collaboration est nécessaire, le travail en réseau ne va pas de soi, il faut le bâtir...

- À l'Hôpital européen Georges Pompidou : début 1999, le réseau ville-hôpital a demandé à s'inscrire dans la dynamique nationale de réflexion autour de la prévention du suicide des jeunes, et a été accompagné pour ce faire par le Comité régional d'éducation pour la santé d'Île-de-France (Cresif). Le réseau comprend des médecins généralistes, des psychiatres libéraux et hospitaliers, des assistants sociaux hospitaliers et municipaux, des pharmaciens libéraux et des kinésithérapeutes. Son territoire d'intervention couvre le XV<sup>e</sup> arrondissement de Paris et Issy-les-Moulineaux. Le réseau a œuvré pour construire un savoir commun à ses membres sur les tentatives de suicide, autour de la question : « comment repérer les signes avant-coureurs du mal-être chez les adolescents », à partir d'une recherche

bibliographique, de l'étude des grilles de dépistage existantes, d'une analyse de la pratique à partir de cas rencontrés. Les résultats de ce travail original, puisqu'effectué très en amont de l'ouverture de l'hôpital, témoignent de la volonté de s'outiller pour repérer les signes de souffrance psychique chez les jeunes lors des entretiens habituels :

Si l'adolescent est connu, s'inquiéter d'un changement brutal d'attitude ou de comportement. Si c'est la première fois qu'on le voit, rechercher des messages infra-verbaux traduisant le trouble ou l'intensité d'un vécu douloureux. Dans tous les cas, inviter l'adolescent à s'exprimer, l'écouter, lui proposer de revenir.

Il faut rechercher un faisceau, une accumulation de signes et de faits, que l'on peut classer dans cinq catégories :

- la situation environnementale (difficultés dans la famille, échec scolaire, au travail, relationnel, changements importants, déménagement...);
- les comportements et attitudes (visage fermé, attitude de fermeture, repli détresse...);
- discours alarmant (évocation de la mort, du suicide, troubles de la communication, répétitions anormales...);
- décalage entre la plainte et l'examen clinique, consultation sans signe objectif;
- diagnostic de somatisation ou dépression.

### **Guides ou répertoires**

Les annuaires, ou répertoires, contiennent la description et les coordonnées des structures ressources sur une thématique donnée. Les guides ajoutent à cette liste des éléments de connaissance sur la thématique en question, et des conseils sous la forme de « conduite à tenir ».

De nombreux départements ou régions ont opté pour un tel outil ou s'apprêtent à le faire. La Fnors[10, p. 62] a réalisé une synthèse des évaluations menées par les ORS pour trois documents : le répertoire régional des Pays de Loire et les guides d'Ille-et-Vilaine et de Champagne-Ardenne. Quelques recommandations peuvent être proposées, issues en partie de cette analyse :

- considérer les guides et les répertoires comme une première étape, pas une fin en soi, en s'inscrivant dans un projet plus large de mise en réseau ;
- constituer un groupe de travail avec des partenaires prêts à s'investir ;
- chercher si d'autres documents du même type existent déjà dans la région, pour bénéficier des enseignements d'expériences antérieures, et notamment des difficultés rencontrées ;
- partir des besoins du terrain (enquête préalable auprès des professionnels par exemple) ;



- bien définir le territoire géographique : il semble que le département soit plus indiqué, et si le document est régional, la présentation des données gagne à être départementalisée ;
- s'il s'agit d'un guide, il est essentiel de présenter les répartitions des rôles de différents acteurs ; en revanche, les éléments de conduite à tenir, même s'ils sont demandés, ne sont pas forcément utiles (l'évaluation du document breton montre que très peu d'acteurs ont utilisé cette partie pour repérer un état dépressif ou suicidaire ; la formation semble mieux répondre à ce besoin) ;
- penser à la visibilité et à l'identification du document par rapport à d'autres répertoires ;
- réfléchir à la diffusion (postale, lors de réunions, par les réseaux...). Toutes ont des avantages et des limites. L'enquête montre qu'un nombre élevé de médecins généralistes et des foyers d'hébergement pour mineurs déclarent n'avoir pas reçu le document pourtant envoyé par la poste ;
- prévoir une évaluation du document ;
- réfléchir à l'actualisation régulière du document, techniquement et financièrement ;
- penser à l'aspect pratique de la consultation et à l'actualisation du document (fiches et classeur, par exemple).

Réaliser un annuaire ou répertoire peut être une simple opération de recensement, mais il est plus intéressant de l'envisager comme un moyen de mobiliser, de développer un réseau d'intervenants. Ce travail peut, par exemple, permettre la mise en évidence des manques de réponses et favoriser la définition des priorités d'action à mettre en place.

### **Brochure d'information**

Plusieurs documents ont été produits dans différentes régions, sans qu'il soit toujours possible de savoir s'ils s'adressent à des professionnels ou à l'ensemble des adultes, donc aux parents.

- « Oser en parler » est une brochure réalisée par les CPAM du Mans, de la Roche-sur-Yon, de Laval, d'Angers, de Cholet, de Saint-Nazaire et la CRAM des Pays de Loire. Elle ne s'adresse pas spécifiquement aux professionnels, mais vise à lever le tabou qui pèse sur la souffrance psychique, le suicide et les soins auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre. Le contenu s'articule autour de quelques idées fortes :
  - toute tentative de suicide est à prendre au sérieux, quel que soit le moyen utilisé, même s'il ne met pas la vie en danger ;
  - plus qu'une raison unique, c'est le cumul des facteurs qui est en cause ;

– toute tentative de suicide est potentiellement grave ; il ne faut surtout pas banaliser l'acte et le taire.

• « Risque suicidaire : voir, entendre, écouter, parler, agir au bon moment », réalisée par l'Association jeunes conseil santé. Cette brochure propose le témoignage de trois jeunes et d'une infirmière scolaire confrontés à des tentatives de suicide. Elle invite les professionnels à agir et leur donne des conseils pratiques pour aborder la question avec les jeunes qui viennent en parler ou qui manifestent des signes inquiétants.

Les deux documents décrits dans le chapitre suivant, plus spécifiquement destinés aux parents, peuvent toutefois être utilisés pour les professionnels, qui rappelons-le, sont souvent aussi des parents...

### ***Formations au repérage et à l'orientation dans le dispositif de soins***

Les enseignements de la Charte de qualité du réseau des comités d'éducation pour la santé, détaillés page 66, s'appliquent bien entendu également aux formations dont il est question ci-dessous.

Une quinzaine de formations s'adressant aux professionnels des secteurs sanitaire, social et/ou éducatif, pour repérer les adolescents en situation de souffrance psychique et les orienter dans le dispositif local de prise en charge, ont été identifiées par le groupe national.

S'il existe des différences entre les formations, les points communs sont nombreux, et notamment dans les recommandations générales.

#### *Recommandations générales*

- des pré-requis pour les stagiaires : accepter un travail sur soi-même et s'engager à participer à l'intégralité de la formation ; la participation à ce type de formation doit être volontaire ;
- ne pas préparer ces formations seul ; si recours est fait à un organisme de formation, il faut bien préparer le cahier des charges ;
- faire intervenir des experts qui acceptent que chaque professionnel ait un rôle à jouer dans le repérage et l'orientation ;
- vérifier qu'il s'agit d'un réel besoin, auquel la formation est en mesure de répondre, et affiner le programme en fonction des besoins et demandes spécifiques des publics à former ;
- pour faciliter le partenariat ou permettre la constitution de réseaux, le public sera pluri professionnel, afin de se créer un langage commun, de définir le rôle et les missions de chacun. Quand il s'agit d'approfondir des compétences et des réponses spécifiques, il faut opter pour un groupe



homogène du point de vue professionnel (pour les enseignants : repérer et aborder la question, pour les médecins : repérer et prendre en charge) ;

- choisir un niveau d'intervention local, et non régional, pour pouvoir dans une même session former plusieurs personnes par structure, faute de ne pouvoir ensuite faire évoluer les pratiques ;
- la complexité du phénomène suicidaire et la mise en question des pratiques professionnelles demandent du temps : les formations sont d'au moins trois jours, dont de préférence au moins deux consécutifs.

#### *Sur le plan des méthodes pédagogiques et des outils*

- privilégier les groupes restreints (environ 15 personnes, 20 au maximum), pour faciliter l'implication personnelle et les échanges ;
- privilégier les méthodes de pédagogie active ;
- un même formateur doit animer l'ensemble de la session, pour garantir le lien entre les experts et avec les objectifs ;
- insister sur les savoir-faire et savoir être : l'aspect théorique peut être trouvé par la lecture ;
- attention à l'articulation entre théorie et pratique : utiliser des études de cas, des mises en situation ;
- attention à la demande de recettes facilement applicables : l'utilisation de tests de dépistage (grilles, questionnaires) de façon automatique, peut faire oublier la prise en compte globale de la personne et l'importance de la qualité de la relation.

Les exemples cités ci-dessous proviennent de différentes formations (Franche-Comté, Poitou-Charentes, Bretagne, Tarn, Pays de la Loire, Rhône...), mais l'essentiel des éléments théoriques est tiré de celles réalisées par le Cres du Nord. L'équipe de Lille a formé plus de dix groupes de professionnels en 2000 ; elle s'inscrit résolument dans l'approche québécoise, centrée sur la crise suicidaire, son repérage et les moyens d'intervention auprès du jeune suicidaire. Plusieurs régions font appel au Cres du Nord pour animer ou co-animer leurs formations.

#### *Objectifs*

Ils peuvent être formulés pour les formateurs (et se retrouver ainsi dans le cahier des charges imposé à un organisme de formation).

- Amener les professionnels à développer une analyse globale du processus suicidaire pour situer leur rôle par rapport aux autres intervenants :
  - faire évoluer la reconnaissance de la souffrance psychique afin d'aller vers une prise en charge, dans les cas d'urgence notamment ;
  - définir et reconnaître le rôle de chacun dans le repérage et la prise en charge ;

- faire reconnaître la légitimité de tous les intervenants à évaluer la souffrance psychique ;
- faire prendre conscience aux stagiaires que leurs représentations de la mort et du suicide peuvent être un frein à la prise en charge ;
- outiller les professionnels pour qu'ils puissent gérer une relation éducative.
- Pour les stagiaires :
  - mieux connaître la problématique des jeunes et des adolescents ;
  - connaître et comprendre la problématique du suicide ;
  - savoir évaluer la souffrance psychique et intervenir auprès des jeunes en souffrance ;
  - se situer dans la chaîne de prise en charge et savoir orienter.

### *Contenus*

- Approche globale de la santé, physique, mentale et sociale.
- Travail sur les représentations.
- Apport théorique sur la souffrance psychologique et le processus suicidaire.
- Épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes.
- Analyse de la pratique et mises en situation, réflexion éthique.
- Études de cas.
- Connaissance des dispositifs de prise en charge.

### *Quelques exemples d'outils utilisés dans diverses formations*

- Exemple de questionnement de groupe faisant intervenir les représentations de chacun :
  - Travail sous la forme d'un brainstorming à partir des questions suivantes :
    - qu'est-ce, pour vous, qu'une conduite suicidaire ?
    - qu'est-ce qui est pour vous insupportable dans le suicide ?
    - qu'est-ce qui explique selon vous un passage à l'acte ?
  - Échanges à partir des différentes propositions et confrontation avec des données validées.
  - Construction collective de parcours de la souffrance psychique à partir des données recueillies.
  - Réflexion collective sur les axes de prévention et sur la place de chacun.



- Extrait des recommandations destinées aux médecins généralistes et aux pédiatres [5]
  - Une visite chez un médecin doit ouvrir des perspectives nouvelles aux jeunes et non être une source supplémentaire de déception.
  - Un adolescent respirant la bonne santé physique a toujours tendance à évoquer une bonne santé psychique : c'est faux. Il faut faire preuve de curiosité pour l'humeur et les éléments du contexte de vie, quel que soit le motif de la consultation.
  - Un adolescent qui donne l'impression d'être déprimé, triste ou anxieux, qui présente un comportement inhabituel ou un symptôme non explicite devrait systématiquement être interrogé sur ses idées suicidaires et sur d'éventuelles tentatives de suicide antérieures. Éviter la prescription rapide de psychotropes et privilégier la discussion.
  - Connaître les possibilités locales d'orientation et de prise en charge d'urgence.
  - Après une tentative de suicide, ne jamais minimiser en évitant le recours à l'hospitalisation.
  - Être attentif après la sortie à ce qu'un véritable suivi psychologique se mette en place et soit maintenu le temps nécessaire.

- Exemple d'intervention sur les apports théoriques

Le concept de crise suicidaire comme période de souffrance psychique aiguë au cours de laquelle un individu peut commettre un certain nombre d'actes mettant sa santé ou sa vie en danger permet aux professionnels d'envisager une attitude et des comportements spécifiques à adopter : être attentif à ce qui se passe chez les jeunes, pouvoir repérer une souffrance psychique, oser en parler, déterminer le degré d'urgence et savoir accompagner dans le dispositif de prise en charge.

Quelques idées fortes :

- une tentative de suicide est précédée par des signes, que ce soit au niveau de la parole ou des actes (repli, violence, abus d'alcool...) ;
- beaucoup de jeunes ayant des idées suicidaires fortes sont incapables de se rendre compte qu'ils pourraient trouver de l'aide à proximité ;
- c'est parfois après plusieurs essais infructueux de communication sur leur état qu'ils abandonnent l'espoir d'être aidés ;
- en parler, c'est autoriser à parler : demander à un jeune qui va mal s'il a songé au suicide ne le poussera pas à passer à l'acte, mais l'aidera au contraire à se sentir compris, à se confier, et ainsi soulager sa souffrance.

- Exemples d'études de cas pour la prise en charge :  
(utilisés dans la formation des Pays de la Loire « La souffrance psychique chez les jeunes, comprendre, se comprendre pour agir »)

- 1<sup>er</sup> cas : Une jeune fille de 16 ans dont la cousine vient de se suicider dit à sa meilleure amie qu'elle veut se suicider. Son amie trouve cela suffisamment grave pour en parler à l'infirmière scolaire.

- 2<sup>e</sup> cas : Un jeune garçon de 13 ans ouvre à plusieurs reprises la portière de la voiture parentale qui roule à 100 km/h. De plus il connaît un désinvestissement scolaire brutal. Ses parents l'amènent consulter un médecin généraliste.

- 3<sup>e</sup> cas : Une jeune fille interne dans un lycée arrive aux urgences pour une troisième tentative de suicide par absorption médicamenteuse.

À partir de ces trois cas, pouvez-vous répondre aux questions suivantes :  
Quel est mon champ de compétences ?

Quelle complémentarité pourrait-on envisager ? avec qui, pourquoi comment ?

Quelles questions me pose le travail en réseau ?

- Évaluer le potentiel suicidaire  
(tiré de l'intervention de Monique Seguin [6])

Trois composantes peuvent être évaluées par les professionnels en contact avec les jeunes en situation de crise suicidaire : le risque, l'urgence et la dangerosité.

- Évaluation du risque suicidaire

Il s'agit, en écoutant la personne, de déterminer le problème actuel et son élément déclencheur, les problèmes et pertes antérieurs, ainsi que ce qui affecte les capacités de la personne à résoudre ses problèmes. Il faut parallèlement rechercher les facteurs de risques (individuels, familiaux, psychosociaux).

- Évaluation de l'urgence

Il faut situer la personne dans la crise suicidaire, pour pouvoir définir une priorité d'intervention.

Il y a urgence faible, si la personne :

- désire parler et recherche la communication,

- cherche une solution à ses problèmes,

- pense encore à des moyens et des stratégies pour faire face à la crise,

- pense au suicide mais sans scénario précis,



maintient des projets réels pour les prochains jours, ressent une souffrance psychologique, mais n'est pas anormalement troublée.

Il y a urgence moyenne si la personne :

est dans un équilibre émotif fragile, exprime l'intention claire de se suicider, envisage un scénario, mais dont l'exécution est reportée, ne voit d'autre recours que le suicide pour arrêter de souffrir, a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Il y a urgence élevée si la personne :

a prévu de se suicider pour les jours qui viennent, avec une planification claire (où, quand, comment), est coupée de ses émotions, rationalise sa décision ou au contraire, est très émotive, agitée ou troublée, se sent complètement immobilisée par la dépression, ou au contraire est dans un état de grande agitation, vit une situation où la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou au contraire complètement tuées, a un accès direct et immédiat à un moyen de se tuer : médicaments, arme à feu, lame de rasoir, ligne de métro..., a le sentiment d'avoir tout fait, tout essayé pour s'en sortir.

– Évaluation de la dangerosité

Il s'agit d'évaluer la létalité du scénario, car certains moyens évoqués sont plus « efficaces » que d'autres. Une dangerosité élevée combinée avec un accès direct au moyen demande une intervention immédiate.

• Intervenir pour désamorcer une crise suicidaire [6]  
(d'après Aguilera, 1995)

Tout professionnel en contact avec des jeunes peut être amené à détecter une crise suicidaire chez un jeune ; cela peut arriver n'importe où, à n'importe quel moment, et particulièrement en l'absence d'un professionnel de la santé mentale.

Les objectifs de cette intervention visent à réduire la tension interne chez le jeune suicidaire, de manière à pouvoir l'orienter vers un professionnel compétent. Il s'agit de :

- repousser l'échéance du passage à l'acte ;
- soutenir la personne suicidaire pendant la phase aiguë de la crise ;
- transmettre à cette personne le sentiment qu'avec de l'aide, elle pourra s'en sortir.

Cela passe par :

- l'établissement d'un lien de confiance, qui permet au jeune de raconter, d'exprimer sa souffrance ;
- l'évaluation rapide et efficace du risque, de l'urgence et de la dangerosité ;
- l'évaluation du facteur précipitant, pour différencier les crises liées à une succession d'événements précis de celles liées à un trouble psychiatrique grave (si tel est le cas, il s'agit d'une urgence devant conduire à une prise en charge immédiate) ;
- l'encouragement à l'exploration et à l'expression des émotions pour diminuer le sentiment de détresse ; si la personne peut se faire comprendre, elle se sentira un peu moins seule et pourra peut-être entreprendre une action ;
- la formulation de la crise : il s'agit de proposer au jeune sa perception de la crise, en résumant les problèmes, et la succession d'événements qui ont mené à la crise, pour vérifier que l'on a bien compris. Puis, il faut essayer d'engager le jeune dans une démarche de résolution de problème, en soulignant les aspects positifs pour lui redonner un peu confiance en lui. Il faut parfois être un peu directif à ce stade, sans toutefois prendre les décisions seul ;
- la rupture de l'isolement : inciter le jeune à parler à d'autres adultes (famille, entourage...) qu'il juge digne de confiance, lui proposer une orientation vers un professionnel ou une structure adapté(e) à sa situation, l'accompagner dans ses démarches et le soutenir ;
- obtenir l'arrêt du processus autodestructeur : obtenir un contrat de non-suicide ou un report de l'échéance, donner les numéros d'urgence 24 h/24.

Pour l'intervenant : il ne faut pas rester seul, mais chercher du soutien aussi pour soi.

- Exemples de séquences sur le travail en réseau

- Définir une situation nécessitant un travail en réseau.
- Faire la liste des professionnels présents dans la formation.
- Mettre en place des jeux de rôle avec 3 ou 4 personnes, où chacun va jouer le rôle d'un professionnel face à la situation choisie.
- Animer une mise en commun après les jeux de rôle, repérer les rôles des différents intervenants, les manques...
- Définir les moyens de combler les carences repérées.

### *Évaluation des formations*

La Fnors [10, p. 62] souligne les difficultés d'évaluation des formations, du fait du manque de référentiels reconnus en matière de prévention du suicide. Les formations évaluées montrent une bonne acceptation de la



formation, une acquisition de connaissances, notamment sur le repérage des situations à risque et sur le réseau de prise en charge, une évolution des représentations et des attitudes face à la question du suicide. La Fnors recommande une évaluation fondée sur une comparaison dans le temps, ce qui demande un premier recueil de données en début de formation, puis un second, de préférence à distance.

### **Formations à l'écoute**

Les qualités humaines sont importantes pour intervenir auprès d'adolescents en crise, notamment la capacité d'entrer en relation avec les jeunes, l'écoute et la chaleur..., mais on peut également renforcer ces compétences par une formation sur l'écoute et la relation d'aide.

#### *Objectif*

Acquérir une technique ou des méthodes :

- pour poser les bonnes questions, établir une relation d'aide, d'écoute, et de reconnaissance de la souffrance ;
- pour donner des repères, du sens, pour rassurer ;
- pour apprendre à prendre du recul par rapport à ses propres émotions, et représentations, pour qu'elles n'interfèrent pas dans la relation.

*Exemple de la formation de l'École des Parents et des Éducateurs « L'écoute des jeunes dans les services téléphoniques »*

- Module 1 : Écouter dans la relation d'aide, 5 jours
  - Avoir une écoute vigilante de soi-même pour éviter les phénomènes de projection, d'identification qui parasitent une communication.
  - Savoir gérer ses émotions, s'en servir à bon escient.
  - Travailler ses capacités à entendre et à agir par la parole.
- Module 2 : Écouter au téléphone, 3 jours
  - Adapter les capacités acquises à la situation spécifique de la relation d'aide au téléphone, en fonction des objectifs du service.
- Module 3 : Écouter les jeunes au téléphone, 4 jours
  - Savoir situer le contenu des appels dans la problématique générale de l'adolescence.
  - Se préparer à entendre certains types d'appel particulièrement difficiles.
  - Se positionner face aux jeunes.
- Module 4 : Double écoute à Fil santé Jeunes, 3 heures par personne
  - Chaque stagiaire est pris en charge par un écoutant, tuteur.

- Module 5 : Synthèse de la formation, 2 jours
    - Reprise et intégration des différents apports.
    - Élaboration de nouveaux questionnements.
  - Module 6 : Créer une documentation, un réseau, 2 jours
- Acquérir une méthodologie pour :
- connaître ses ressources locales,
  - élaborer une documentation.

### **Utilisation du théâtre en formation**

Le théâtre forum peut être utilisé avec des adultes et des parents, de la même manière qu'avec les jeunes, en leur demandant de monter sur scène pour proposer des alternatives d'évolution de situations.

Une autre forme de théâtre interactif a été expérimentée en Lorraine, comme outil de formation, par le Codes de Moselle et Fares Formation : le « théâtre itéractif ». La session de 5 jours s'adresse à des groupes de 15 professionnels confrontés à une problématique, par exemple « les jeunes en situation de mal-être », et se déroule en quatre phases :

#### 1) Analyse des pratiques et état des lieux

- faire préciser les rôles et missions de chaque participant au regard de la problématique définie,
- éclaircir, à travers des apports théoriques, les conceptions, représentations et valeurs en rapport avec les situations rencontrées, en fonction des attentes et des besoins des participants.

#### 2) Écriture des scénarios

- constitution de quatre groupes qui choisissent chacun une situation sur laquelle travailler,
- la situation est jouée devant le grand groupe.

#### 3) Réflexion et recherche de solutions

- apport d'éléments et de propositions pour résoudre la problématique,
- réécriture des scénarios en tenant compte des propositions.

Cette étape peut se renouveler 2 à 3 fois.

#### 4) Mise en évidence du cheminement conduisant des situations de départ aux solutions trouvées.

Chaque participant se voit remettre au démarrage de la formation un carnet de bord qui lui permet :

- de noter les éléments qu'il juge intéressants,



- de disposer de grilles d'observation des différents scénarios joués,
- de préparer ses arguments pour la mise en commun,
- de se rendre compte de l'évolution de sa réflexion tout au long de la formation.

### **Régulation, analyse de la pratique**

L'enquête réalisée dans le cadre du PRS de Lorraine [10, p. 62] fait apparaître que plus de la moitié des professionnels concernés par le phénomène suicidaire ne fait pas appel à une aide à travers une démarche personnelle, et ne bénéficie pas d'une aide institutionnelle.

L'évaluation de la Fnors [10, p. 62] s'intéresse à un dispositif expérimenté en Rhône-Alpes : l'intervention d'un psychologue dans quelques Missions locales de la région. En plus de permanences destinées aux jeunes et dont nous avons parlé plus haut, il intervient une fois par mois auprès de l'équipe pour une réunion d'analyse de la pratique. Les conseillers craignaient une « psychologisation » du mal-être social, ce qui ne s'est en fait pas produit. Ils ont trouvé un soutien dans la relation d'aide et la conduite à tenir avec les jeunes, et pensent aujourd'hui que la capacité d'écoute de l'équipe s'est améliorée, qu'elle est plus à même de s'ouvrir au mal-être des jeunes, de qualifier ce qui ne va pas.

L'analyse dégage six facteurs de succès dans l'intervention d'un psychologue en Mission locale :

- la permanence du psychologue a du sens par rapport à l'histoire de la Mission locale et de ses membres ;
- elle s'inscrit dans une action santé portée par un référent santé ;
- elle est mise en place après un diagnostic et une étude de besoins réalisée par la Mission locale et des partenaires ;
- un cadre et des objectifs sont définis, notamment pour les relations avec les partenaires locaux ;
- les conseillers sont impliqués dans le diagnostic, la mise en place et le suivi ;
- les objectifs, les modalités d'intervention et les résultats sont régulièrement interrogés par un processus d'évaluation.

### **Formalisation de l'engagement des bénévoles et professionnels dans des programmes sur la prévention du suicide des jeunes**

Dans un certain nombre de PRS, il a été jugé utile de définir des clauses particulières, des engagements précis pour les personnes physiques ou morales inscrites dans une action sur le suicide des jeunes. En voici deux exemples :

- La Charte associative du PRS de Bretagne (charte B, p. 113)

Cette charte doit être signée par toute association ayant pour mission l'accueil et l'écoute des personnes en état de souffrance psychique. Elle porte essentiellement sur le recrutement, la formation et les obligations des bénévoles. Les candidatures sont examinées par une commission départementale comprenant la DDASS, la CPAM, le Conseil général et le « référent secte » du préfet, qui émet un avis. La charte, signée ensuite par la DRASS et le président de l'association, est une des conditions pour l'obtention de subventions.

- La Charte des écoutants du Réseau Action santé Jeunes de Franche-Comté (charte C, p. 116)

Cette charte vise, entre autres projets, l'ouverture d'un service d'écoute, d'information et d'orientation par téléphone. La charte contient des impératifs, comme la garantie de l'anonymat du lieu d'écoute, des appelants et des écoutants, de la confidentialité des propos et du respect de l'appelant. Elle précise également ce que veut dire être écoutant :

« L'écoutant est un professionnel volontaire formé à l'écoute.

La qualité de l'écoute individuelle s'enracine dans un travail d'équipe.

Être écoutant ne s'improvise pas, mais nécessite des obligations et une formation spécifique, quelle que soit la profession d'origine.

Chaque écoutant s'engage à assurer une écoute régulière, à participer à la formation retenue par le réseau, à partager une réflexion d'équipe, et à accepter une supervision. »

## Références bibliographiques

- [1] Codes Ile-et-Villaine. *Formation à la prise en charge de la souffrance psychique des adolescents : objectifs, démarche, contenu et modalités*. 2001, 2 p.
- [2] Programme régional de santé. *Suicide et tentatives de suicide en Lorraine. 1998 – 2003. Résultats de la consultation auprès des acteurs et perspectives*. Nancy : Drass, s.d., 15 p.
- [3] Codes du Gard, Mutualité française du Gard, IS CRA Montpellier. *Prévention primaire des tentatives de suicide des 15/25 ans. Enquête exploratoire. Interprétation de la synthèse analytique, octobre 1999*. Nîmes : Codes du Gard, s.d., 14 p.
- [4] Palicot A.-M. / coord., Tuleu F. / coord. *Quelle prévention du suicide ?* La Santé de l'Homme, juillet-août 1999, 342, p 13-42.



- [5] Alvin P. *Les conduites suicidaires chez les adolescents. Quelles questions pour les professionnels ?* Archives de pédiatrie, 2000, 7, 6, p. 661-667. Cette référence a été repérée dans les outils pédagogiques du Cores Basse-Normandie.
- [6] Seguin M. *Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence et la gravité supposées du passage à l'acte ?* In : Fédération française de psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte des experts.* Paris : Anaes, Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000, p. 327-376.

# Agir auprès des parents

Mener une action



Il est vraisemblable que parmi les professionnels qui assistent à une conférence ou un colloque sur le thème du suicide chez les jeunes, nombreux sont ceux qui viennent aussi (et peut-être même d'abord) en tant que parents ! Mais cela ne nous dispense pas de penser à des actions spécifiquement tournées vers les parents.

## Objectifs

**Objectif de niveau 1 : sensibiliser et informer sur la thématique**

**Objectif de niveau 2 : informer les parents, les aider à remplir leur fonction parentale**

**Objectifs de niveau 3 : soutenir les parents et l'entourage après une tentative de suicide**

- interventions d'urgence après une tentative de suicide dans un établissement de l'Éducation nationale
- proposer les coordonnées d'une association de parents, un numéro de téléphone...

## Sensibilisation et information

Les parents inquiets devant les changements provoqués chez leurs enfants par l'adolescence sont très demandeurs d'informations sur les signes qui pourraient les aider à interpréter le comportement de leurs jeunes. De nombreux documents et interventions répondent à cette demande. Il faut



toujours penser à y ajouter des informations sur le rôle actif de prévention que les parents peuvent jouer en veillant à la disparition ou à l'inaccessibilité des moyens que peut utiliser un jeune pour se suicider (médicaments, armes à feu...).

## **Actions**

Souvent les actions sont en fait ciblées tout public :

### **Réunions publiques, conférences, expositions...**

Elles sont sur le même modèle que pour les professionnels.

### **Articles de sensibilisation publiés dans la presse régionale**

*Exemple de l'article (publi-info) de la Mutualité Française du Doubs*

Paru dans la presse régionale, cet article a pour objectif de faire connaître le PRS le plus largement possible, et relayer la diffusion de la plaquette « Mieux être avec les adolescents ».

Les articles diffusés comme des publicités présentent l'avantage d'être entièrement écrits par les acteurs et contrôlés par eux, ce qui n'est jamais le cas quand c'est un journaliste qui le rédige. Cela n'est pas négligeable ; les exemples d'articles contre productifs, du fait de la complexité du sujet et de l'avis personnel du journaliste sur la question, sont nombreux...

### **Création et diffusion d'une plaquette**

Elles sont effectuées par le biais notamment des pharmacies, des professionnels du réseau...

*Exemples :*

- « Mieux être avec les adolescents » [1]

Cette plaquette a été réalisée dans le cadre du PRS « dépression – suicide » de Franche-Comté pour sensibiliser aux étapes du développement de la personnalité des adolescents, et améliorer le repérage des signes de mal-être et du risque suicidaire. Elle part du principe que tout le monde peut, s'il est attentif, être amené à repérer la souffrance d'un jeune.

Le document situe l'adolescent dans sa vie quotidienne et permet d'aborder :

- sa vie sociale (en famille, avec les amis, au collège, au lycée...),
- sa personnalité (look, projets, activités, façons d'être...),
- sa santé physique (alimentation, hygiène de vie...),
- son comportement (conduites à risques, consommation de produits addictifs, solitude, euphorie, agressivité...).

40 000 exemplaires de cette plaquette ont été distribués dans le Doubs, témoignant d'une forte demande. La diffusion se fait par les pharmacies, les médecins généralistes, les infirmières scolaires, les associations... Son succès est tel qu'elle va être adaptée, pour ce qui concerne les adresses utiles, et distribuée dans les autres départements de la région.

Ce type d'action prend du temps, demande beaucoup de concertation, et son coût est important. L'équipe franc-comtoise formule plusieurs recommandations, et notamment de faire attention :

- à une dramatisation excessive,
- au choix des informations (il faut trier parmi une énorme production écrite et en même temps ne pas laisser de côté des comportements minoritaires, mais indispensables à traiter, comme la prise en compte de l'homosexualité, par exemple),
- au style d'écriture (trouver un style accessible au plus grand nombre, sans perdre la qualité de l'information),
- au regard porté sur les adolescents, à la moralisation (ne pas être normatif ou manichéen, il n'y a pas de bons et de mauvais jeunes...),
- à valider le document, auprès d'un éventail d'acteurs locaux, mais aussi auprès de représentants du grand public, sous peine de laisser passer des termes trop techniques.

• « Adolescence à fleur de peau : précis de navigation à l'usage des parents » [2]

Ce document, créé en Bretagne, a été réalisé en partenariat dans le cadre du PRS.

Il formule dans un style clair et léger des recommandations aux parents, en partant du principe que l'adolescence est une période de transition :

- avoir confiance, en l'adolescent, en soi-même ;
- accepter qu'il cherche, expérimente, et donner des points de repères, informer sur les risques ;
- savoir dire son accord comme son désaccord ; en cas de refus, proposer une alternative ;
- une fois les limites posées, les faire respecter ; montrer l'exemple ;
- s'il doit y avoir un changement dans les règles posées, en discuter d'abord ;
- aider à faire tout seul, encourager les initiatives, confier des responsabilités ;
- accepter ses choix et lui laisser assumer les conséquences de ses actes ;
- ne pas faire preuve d'indifférence, mais complimenter, valoriser quand l'occasion se présente ;
- ne pas se moquer, rabaisser ;



- accepter qu'il ait d'autres référents, d'autres confidents ;
- respecter son territoire (géographique, mais aussi celui des sentiments) ;
- maintenir la communication, être disponible ;
- faire preuve de franchise et de fermeté, mais aussi de complicité, de tolérance et d'humour.

### **Sites internet**

De plus en plus nombreux, ils proposent informations et forums de discussion sur des sujets variés, dont la santé. Il suffit de taper les mots suicide et adolescent pour être relié à plusieurs dizaines de sites en langue française, et pouvoir y lire le pire et le meilleur... L'internet ne connaissant pas de frontières, hormis les frontières linguistiques, les sites québécois s'imposent par leur nombre et la qualité de leurs contenus : les universités, le ministère de la Santé communautaire et les grandes associations investissent ce mode de communication.

Ainsi, par exemple, tout parent inquiet peut se retrouver rapidement sur un site comme : [www.centrepvention-suicide.qc.ca](http://www.centrepvention-suicide.qc.ca), où il pourra lire, après une brève introduction sur l'adolescence et les raisons qui peuvent pousser un adolescent à avoir envie de mourir, un développement sur les signes qui doivent attirer l'attention.

### **Signes d'alerte**

#### **Comportements inhabituels**

Ils sont très divers : don d'objets qui lui sont chers, isolement inhabituel, tristesse, irritabilité, hygiène et apparence négligées, perte d'intérêt pour les activités habituelles, manifestations répétées d'ennui, brusques changements de poids, d'appétit, sommeil perturbé, intérêt soudain pour les armes à feu ou les médicaments, consommation abusive d'alcool, de drogue ou de médicaments.

#### **Propos inhabituels**

Ils expriment la lassitude, la détresse, l'impuissance : Je veux en finir, la vie n'en vaut pas la peine, je serais bien mieux mort, je ne m'en sortirai jamais, je suis écœuré de tout, je suis inutile, vous seriez bien mieux sans moi, bientôt je vais avoir la paix...

Les adolescents suicidaires font des allusions fréquentes au départ pour un grand voyage, tiennent des propos négatifs sur eux-mêmes, et parfois cherchent à s'excuser, à se réconcilier avec tous ceux avec qui ils ont eu des conflits ou des disputes.

## Conseils

- Intervenez au moindre doute :
  - parlez ouvertement, demandez si le jeune pense au suicide, essayez de savoir si l'acte est planifié ;
  - encouragez-le à exprimer ses émotions, à parler, incitez-le à appeler un service d'aide par téléphone ;
  - confirmez votre présence et votre amour, offrez-lui votre aide, dites-lui que vous ne voulez pas qu'il meure ;
  - valorisez ce qu'il entreprend, soulignez ses capacités et ses efforts, pour qu'il reprenne confiance en lui ;
  - encouragez-le à poursuivre ses activités et ses loisirs ;
  - ne restez pas seul, demandez l'aide d'un professionnel ;
  - même si de nombreux jeunes refusent l'aide d'un thérapeute, essayez de le convaincre d'accepter un entretien avec un psychologue ou un psychiatre.
- Évitez :
  - de faire la morale,
  - de donner vos recettes du bonheur,
  - de tout faire à sa place,
  - de tout prendre sur votre dos, de vous conduire en héros,
  - de lui faire des promesses que vous ne pourrez pas tenir,
  - d'abandonner la partie : soyez patient.

On voit comment la théorie sur la crise suicidaire trouve ici une application concrète dans des informations et des conseils accessibles à tous les parents. L'idée que les savoirs sur la santé mentale doivent être réservés aux spécialistes n'a plus aujourd'hui beaucoup de sens, du fait de la diffusion et de la démocratisation massives de ces savoirs auprès du grand public, par le biais de la presse généraliste, mais aussi de l'internet.

Les parents sont parfois ciblés en préalable à une intervention auprès de leurs enfants : provoquer une réunion des parents d'élèves est tout à fait possible, voire recommandé quand on va aborder la question du mal-être et du suicide en établissement scolaire. Certains parents pourraient être inquiets ; l'idée que parler du suicide est dangereux et pourrait donner des idées est encore très répandue, comme elle l'est pour l'éducation sexuelle, la toxicomanie...



## Soutien à la fonction parentale

Dans ce cas, il s'agit de parents plus directement concernés, ayant des enfants en difficulté, et qui cherchent de l'aide. Des actions ou des dispositifs se mettent aujourd'hui en place pour aider les parents en difficulté à mieux remplir leur rôle, grâce à une circulaire ministérielle [3] ouvrant un financement assuré par l'État et la Caisse nationale d'allocations familiales sur ce thème.

L'objectif de cette circulaire est de valoriser les rôles et les compétences des parents, dont la responsabilité et l'autorité, la confiance en soi, la transmission de l'histoire familiale, l'élaboration de repères, la protection et le développement de l'enfant.

Elle précise qu'il convient de privilégier le travail associatif ; les actions encouragées sont les suivantes :

- création de lieux de rencontre entre parents,
- ouverture de groupes de parole pour parents,
- formation et supervision des bénévoles qui animent des groupes de parents,
- création de lieux d'accueil parents/jeunes enfants, de lieux de médiation parents/adolescents,
- soutien des parents immigrés dans leur fonction parentale, s'ils rencontrent des difficultés d'intégration dans la société d'accueil.

### Exemple d'action à Rouen par l'association « Les Nids »

Le constat de départ fait état de difficultés rencontrées par de nombreux parents dans l'exercice de leur fonction parentale, dues en partie à l'absence de lieux de rencontre, à la difficulté d'accès à l'information et à une personne compétente dans le domaine de la parentalité. La convention signée avec la DDASS relève qu'il existe peu d'exemples desquels s'inspirer, et inscrit le programme de l'association dans un cadre expérimental. Ce programme est relié au PRS sur la prévention du suicide de Haute-Normandie.

Cette association a créé « l'espace parents », qui a pour objectifs :

- d'offrir des espaces d'écoute, d'appui et d'accompagnement à tous les parents, pour les aider à conserver la totalité de leur responsabilité et de leur autorité vis-à-vis de leurs enfants ;
- de permettre aux parents de s'exprimer librement et sans jugement ;
- d'adapter et moduler les actions en fonction des demandes parentales ;
- de favoriser les échanges entre parents, aider et soutenir les initiatives parentales.

L'accès de la structure est libre trois jours et demi par semaine, et possible sur rendez-vous en dehors de ces plages horaires.

Les actions de soutien ou d'éducation à la fonction parentale ne sont pas spécifiquement destinées à limiter le nombre de suicides parmi les jeunes. C'est la prévention de la prise de risques, et particulièrement de la violence, qui a poussé à la prise en compte de cette problématique et à la recherche de solutions.

Ce genre d'initiatives se développe dans les grandes villes et dans leurs banlieues, mais il existe aussi des programmes dans des zones moins peuplées, où les adolescents présentent également des difficultés d'adaptation. La fédération du Doubs de l'association des familles rurales, par exemple, organise un cycle d'informations sur la parentalité. Il s'agit d'une série de conférences, animées à chaque fois par un professionnel, souvent psychologue, sur des thèmes choisis par les familles. (Exemples de thèmes : être parents aujourd'hui, accompagner l'adolescent, la place de chacun dans la famille, permissions, protections et injonctions...) Une vingtaine de séances est organisée tous les ans, une participation financière de 1,52 euros est demandée. La fréquentation est importante et le nombre élevé de demandes dépasse aujourd'hui les possibilités financières de l'association.

## Soutien après un suicide

Les membres de la famille et les proches touchés par un suicide, en plus du sentiment de tristesse et de perte, vivent souvent un mélange confus de sentiments où se mêlent culpabilité, colère, ressentiment. Ils ont tendance à ne pas parler de ce qui s'est passé, par peur des reproches, de la condamnation. Parfois, la souffrance ressentie est tellement grande que rencontrer quelqu'un et nouer avec lui des relations profondes devient trop difficile, trop dangereux.

L'Éducation nationale a mis en place un dispositif, les cellules d'intervention d'urgence, qui peut intervenir rapidement dans un établissement scolaire, après le décès d'un élève ou d'un adulte qui pourrait avoir des répercussions sur la vie collective et/ou sur des individus. En effet, le suicide d'un jeune peut entraîner des réactions parmi ses proches, pouvant aller jusqu'à d'autres passages à l'acte.

Nous abordons ici le domaine du soin, nécessitant l'intervention de spécialistes de la santé mentale, et qui n'entre pas dans l'objet de ce document. Citons cependant l'action d'associations de parents concernés par le suicide, qui prodiguent un soutien aux parents endeuillés et leur permettent de rompre leur isolement. La participation à des forums de discussion sur



l'Internet, en l'absence d'une association locale, peut permettre de trouver un soutien en discutant avec d'autres personnes endeuillées. Le soutien par les pairs, encore trop peu développé en France, mérite vraiment d'être encouragé et soutenu.

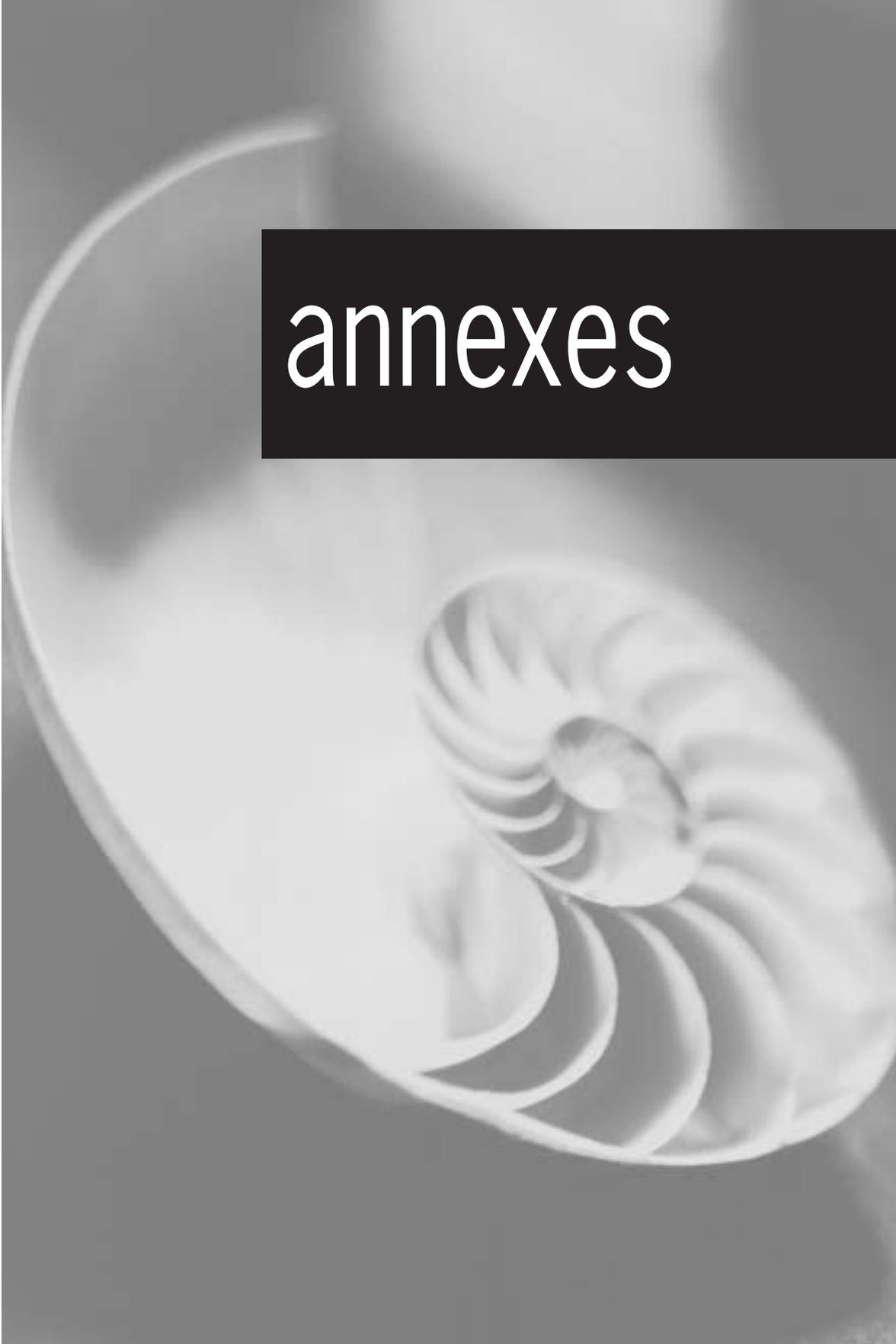
## Références bibliographiques

- [1] Obringer B., Baldi C., Millet S., Dodane M. *Mieux être avec les adolescents*. Besançon : Programme régional de santé Dépression suicide, s.d., 15 p.
- [2] Marine A. / concept., Chassebœuf G. / concept. *Adolescence à fleur de peau. Précis de navigation à l'usage des parents*. Saint-Brieuc : SEPAM Studio, 2001, 19 p.
- [3] Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99 - 153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, publiée au Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la solidarité n° 99/11 du 15 au 21 mars 1999.

# Conclusion

Les actions menées en France dans le cadre de la promotion de la santé mentale, de la prévention du suicide et des tentatives de suicide, présentent une grande variété, et pour nombre d'entre elles, un caractère expérimental. Chaque action, chaque programme menés dans ce champ doivent pouvoir contribuer à l'accroissement des connaissances sur la question de la souffrance psychique des jeunes et sur le type d'interventions qui peuvent améliorer la situation. L'évaluation est donc un enjeu majeur.

Les Programmes régionaux de santé, par le choix d'un niveau territorial, par la mobilisation pluridisciplinaire, par les efforts de concertation et l'établissement de partenariats solides, sont des outils indispensables pour parvenir à changer la situation sur un sujet comme le mal-être et la souffrance psychique des jeunes. En s'inspirant les uns des autres, en étendant leur éventail d'actions depuis le développement des compétences psychosociales à l'école, jusqu'à la prévention des récives et au soutien des proches, en permettant un dialogue entre professionnels de la prévention et professionnels du soin, les Programmes régionaux contribuent à remplir l'objectif que s'est fixé le ministre de la Santé : réduire de façon conséquente le nombre de suicides en France.



annexes

# Fiches d'analyse de la pédagogothèque du CFES

ANNEXE 1



Ces fiches d'analyse ont été rédigées et réalisées par la pédagogothèque du CFES.

## Présentation

Les quatre fiches d'analyse suivantes présentent des vidéos de moins d'une heure (20 à 50 minutes), sur le thème de la santé mentale ou du suicide.

Elles s'adressent à différents publics : adolescents, adultes ou professionnels (éducateurs, enseignants) et sont basées sur des témoignages de jeunes ayant été concernés (directement ou indirectement) par une période de détresse et/ou une tentative de suicide.

Les objectifs de ces vidéos sont de faire prendre conscience du problème du suicide, d'apporter des connaissances sur le problème, afin d'établir un plan d'action ou de générer des réflexions ou un débat sur le sujet.

L'analyse critique figurant sur chacune de ces fiches permet de choisir l'outil le plus pertinent en fonction du public visé et de l'objectif recherché, en mettant en évidence les points faibles et les points forts de ces outils de travail.

Ces fiches présentent également des conseils d'utilisation et des mises en garde.

## Structure

- Nom du réalisateur de la vidéo
- Caractéristiques techniques
- Résumé
- Objectifs
- Appréciation/suggestions
- Point de diffusion (coordonnées) et prix

FICHE

A

# C'est dur de trouver les mots

Cette fiche présente une vidéo, réalisée en 1995, sur le thème du suicide ; cette vidéo s'adresse aux adolescents et aux adultes.

## Réalisateur

Gabriel Gonnet.

## Caractéristiques techniques

VHS Secam : 26 minutes.

Livret pédagogique destiné à l'animateur.

## Résumé

Ce vidéogramme alterne fiction et témoignages de jeunes autour de quatre thèmes : la souffrance intérieure, parler quand on a mal, la tentative de suicide, comment peut-on aider ?

## Objectifs

Prendre conscience des facteurs qui peuvent mener un jeune à faire une tentative de suicide, s'exprimer, débattre en particulier sur les problèmes de communication des jeunes avec les adultes et leurs amis.

## Appréciation, suggestions

Cette vidéo, de bonne qualité technique, est un outil intéressant à condition :

- de bien lire le livret qui l'accompagne avant son utilisation ;
- que la projection soit suivie d'un débat, si possible avec un professionnel de santé qui pourra notamment donner des informations sur les lieux ressources.

La Cathode Vidéo  
119, rue Pierre Sébard  
93000 Bobigny

Tél. : 01 48 30 81 60  
Fax : 01 48 30 81 26

Prix : 38,11 € (250,00 F)

Frais de port en sus

**Disponible en prêt  
à la pédagogthèque**

# La déprime

Cette fiche présente une vidéo, réalisée en 1995, sur le thème de la santé mentale ; cette vidéo s'adresse aux adolescents et aux adultes.

## Réalisateur

Jacques Douay.

## Caractéristiques techniques

VHS Secam : 24 minutes.

## Résumé

Ce vidéogramme est constitué de témoignages de quatre jeunes (deux femmes et deux hommes) ayant vécu ou vivant une période difficile de déprime ou de détresse plus profonde. Ils expliquent comment ils ont ressenti ce moment de leur vie, quelles ont été leurs relations aux autres (parents, amis). Ils décrivent l'incompréhension de leurs proches, tentent de décrire les causes de leur mal-être et annoncent quelques solutions.

Assurances Générales de France  
Adolescences  
87, rue Richelieu  
75113 Paris Cedex 02

Tél. : 01 44 86 29 66

## Objectifs

Prendre connaissance d'informations sur le vécu des jeunes suicidants.

Comprendre les mécanismes liés au mal-être.

Prendre conscience de ce problème.  
S'exprimer, débattre.

## Appréciation, suggestions

Les témoignages favorisent l'identification avec les personnages (qui sera plus ou moins forte selon le vécu personnel des spectateurs).

Le psychologue intervenant au début de la cassette apporte un point de vue professionnel en définissant très clairement les symptômes d'une dépression.

Ce film ne traite que de la déprime chez les adolescents et les jeunes adultes. Il ne peut donc témoigner de ce phénomène ni chez les adultes ni chez les personnes âgées.

La présence d'un animateur est indispensable.

Prix : 22,87 € (150,00 F)

# Une autre vie

Cette fiche présente une vidéo, réalisée en 1995, sur le thème du suicide ; cette vidéo s'adresse aux adultes et aux professionnels.

## Réalisateur

K. Bengana.

## Caractéristiques techniques

VHS Secam : 50 minutes.

## Résumé

La vidéo met en scène un groupe de jeunes ayant en commun d'avoir fait une tentative de suicide (TS). Ce groupe est réuni pendant une semaine avec pour objectif de réaliser un court métrage.

En alternance avec des séquences montrant la réalisation du film, ils témoignent de leur mal de vivre, des raisons qui les ont amenés à la TS, de l'expérience qu'ils sont en train de vivre à travers ce stage-cinéma. Ils font part de leur inquiétude à la perspective du retour dans le quotidien.

## Objectifs

Prendre conscience du problème des tentatives de suicide chez les jeunes.

Prendre conscience de ses attitudes, comportements et représentations, en tant qu'adultes, à l'égard du problème cité.

Amener un débat sur le sujet.

## Appréciation, suggestions

Le film se termine par le message écrit suivant : *Un changement dans les conduites suicidaires à l'adolescence passe par un travail sur soi-même et une modification du comportement des parents. Tout cela prend du temps. Le grand nombre de récurrences vient peut-être du fait qu'une fois l'urgence passée, tout redevient comme avant.*

À notre avis, ce message risque de renforcer la culpabilité et l'angoisse de parents déjà concernés par le problème.

C'est pourquoi la diffusion DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE SUIVIE D'UN DÉBAT animé par un professionnel ayant une compétence médico-psycho-sociale sur le sujet et une compétence d'animation de groupe. Cet intervenant devra être capable de fournir les coordonnées locales de personnes ou structures susceptibles d'aider les jeunes ou les parents en difficulté.

D'autre part, les situations familiales évoquées par les jeunes (éclatement, abandon, violences, abus sexuels...) risquent d'entraîner une non-identification des familles « sans problèmes ».

Enfin, la durée, un peu longue,

risque d'entraîner une baisse d'intérêt, surtout vers la fin.

Malgré les critiques, cette vidéo suscite émotion et intérêt, et, avec les précautions précitées par rapport au message écrit, mérite d'être utilisée.

Elle donne également l'idée de mener avec des jeunes en grande difficulté une action visant à la création d'un court-métrage, avec l'aide d'adultes compétents.

Circeto Films Production  
31 bis, rue Victor Massé  
75009 Paris

Tél. : 01 49 70 08 22

Fax : 01 42 80 64 82

Adresse e-mail :

[circeto@worldnet.fr](mailto:circeto@worldnet.fr)

<http://www.worldnet.fr/-circeto>

Prix : 24,24 € (159,00 F)

Droits de représentations  
publiques : 300,00 F

**Disponible en prêt  
à la pédagogthèque**

# Ce rayon de soleil... Témoignages

Cette fiche présente une vidéo, réalisée en 1996, sur le thème du suicide ; cette vidéo s'adresse aux enseignants/éducateurs et aux professionnels de la santé et du social.

## Réalisateur

Gabriel Gonnet.

## Caractéristiques techniques

VHS Secam : 47 minutes.

## Résumé

Ce vidéogramme est constitué de témoignages de jeunes de 18 à 25 ans qui ont été concernés par les tentatives de suicide.

Les témoignages sont analysés et commentés par un psychiatre travaillant dans un centre d'accueil pour jeunes suicidants.

Trois grands chapitres structurent la vidéo : la souffrance, la tentative de suicide et la manière de réagir.

## Objectifs

Prendre conscience du problème du suicide chez les jeunes.

La Cathode Vidéo  
119, rue Pierre Sémard  
93000 Bobigny

Tél. : 01 48 30 81 60  
Fax : 01 48 30 81 26

Comprendre quels sont les mécanismes qui peuvent amener à une tentative de suicide.

## Appréciation, suggestions

Ce vidéogramme permet à l'adulte en formation d'appréhender le phénomène suicidaire.

Les données médicales fournies par le psychiatre sont vulgarisées et bien structurées, mais on peut regretter l'absence de point de vue d'un sociologue.

Cette cassette ne traite ni de la prévention du suicide ni de la prise en charge post-tentative de suicide. Elle n'est que le support d'un débat ou d'une discussion sur le suicide. Du fait de sa trop longue durée, il est recommandé de ne l'utiliser qu'en séquence pour éviter toute lassitude ou incompréhension.

Points faibles : Peut provoquer un certain malaise étant donné le sujet traité.

Prix : 38,11 € (250,00 F)

**Disponible en prêt  
à la pédagogie**



Cette annexe présente trois chartes dont la première (charte A) est en cours de validation.

## **Pourquoi une charte en éducation pour la santé ?**

La nécessité d'élaborer une charte en éducation pour la santé est issue de l'inscription des actions dans un contexte marqué par une diversité de pratiques et de référentiels.

Une charte est l'expression de la compétence et de l'expérience des divers professionnels œuvrant dans un domaine défini. Ces professionnels peuvent être des théoriciens, des acteurs de terrain, des décideurs. Des représentants de la population peuvent également intervenir dans la réalisation de ce cadre pour les actions.

Le travail de mise en débat des références conceptuelles et des approches méthodologiques, au regard de l'analyse des attentes de tous les acteurs, permet de proposer un cadre commun aux démarches conduites en éducation pour la santé. De ce fait, la Charte participe à la cohérence des actions menées, en mettant l'accent sur la nécessaire prise en compte de la dimension éthique dans la mise en œuvre de ces actions.

La Charte n'est pas un outil rigide ou non modifiable, elle peut évoluer en fonction des nouvelles orientations prises par l'éducation pour la santé, ou des nouvelles attentes exprimées par les partenaires de l'action éducative.

# Vers une « Charte de qualité » du réseau des comités sur la formation en éducation pour la santé

## Remarque préliminaire

Ce texte doit être considéré comme une proposition et un document de travail, étant entendu que seule sa validation par l'ensemble du réseau des comités d'éducation pour la santé lui confèrera légitimement le nom de « Charte de qualité sur la formation en éducation pour la santé » du réseau.

Les auteurs de ce projet sont les membres du Pôle Formation du réseau des comités, ce pôle étant constitué de cinq membres du réseau, répartis sur le territoire national ; il comprend un représentant du CFES.

Nous invitons les lecteurs de ce projet, membres du réseau ou partenaires, à contacter les membres du Pôle Formation afin de leur faire part de vos réactions et suggestions autour de cette « Charte de qualité » en devenir.

## Orientations fondamentales des formations en éducation pour la santé

Les formations doivent se situer dans des lignes d'orientation claires en matière de conceptions de la santé, de l'éducation et de la formation :

- Santé : poser une approche positive, globale, bio-psycho-sociale et dynamique de la santé
- Éducation : mettre le sujet au cœur du processus éducatif
- Formation : viser l'acquisition de savoir, savoir-faire et savoir être.

## Principes éthiques

Le groupe de formation est un groupe restreint constitué de personnes impliquées inscrites sur la base du volontariat, ou tout au moins ayant exprimé leur adhésion au projet de formation.

Dans leur rapport aux participants, les formateurs :

- adoptent une attitude de proximité et de valorisation des participants à la formation, ce qui signifie se situer dans le respect de l'autre, de sa culture et de son savoir ; relever ce qui se dit ; aider chacun à développer son propos et à se faire comprendre des autres par des questions et des reformulations pertinentes ; aider le groupe à se saisir de tout ce qui présente de l'intérêt et de la valeur, dans l'objectif d'une progression des participants ;
- évitent les attitudes pédagogiques inscrites dans le registre de la manipulation et privilégient celles qui favorisent la liberté d'expression et la réflexion propre de chacun ;
- distinguent ce qui relève de la responsabilité individuelle dans les conduites privées à l'égard de sa santé et ce qui tient aux déterminants collectifs de la santé et à l'engagement citoyen ;
- face à des demandes ambiguës et gênantes par rapport aux principes éthiques, font appel à la réflexion et à l'arbitrage d'instances de conseil et de pilotage ;
- face à des attentes étroitement instrumentales ou opérationnelles, ne tombent pas dans le travers de donner des recettes mais s'efforcent d'apporter des modes d'analyse des faits, de compréhension des situations et de construction

de problématiques qui stimulent la réflexion et l'orientent vers des réponses pertinentes.

## Objectifs généraux

La formation doit viser le développement d'un processus d'acquisition de compétences, selon trois registres :

- celui des « savoir » : issus des disciplines biomédicales, épidémiologiques, sciences humaines et sociales ;
- celui des « savoir-faire » : méthodologie appliquée, pratiques, techniques et outils d'intervention ;
- celui du « savoir être » : capacité d'évolution et d'adaptation du sujet aux situations et aux personnes, capacité de résolution de problèmes.

Il s'agit d'atteindre une articulation, un équilibre entre ces trois dimensions de compétences professionnelles.

## Principes pédagogiques (application des principes éthiques)

### L'analyse de la demande

Le processus de formation s'enclenche dès réception de la demande. Pour le formateur, la démarche éducative suppose de

partir de la demande de formation et non pas de soi. Dans son mode de réponse à la demande, il considère d'emblée le demandeur comme acteur de la formation.

L'analyse de la demande, qu'elle se situe au niveau de la commande institutionnelle ou au niveau du groupe de formation, doit être envisagée dans un temps de négociation, nécessaire pour s'entendre et être en adéquation entre les valeurs soutenues par le réseau, l'offre de formation et le projet des demandeurs.

## La démarche de formation

*Un processus de formation centré sur le sujet*

Le processus de formation :

- part de la situation, de l'expérience et des attentes des personnes en formation ;
- donne la parole aux personnes en formation et crée les conditions de leur libre expression ;
- travaille sur leurs représentations mentales de la santé et des risques pour la santé ;
- les aide à prendre conscience et évaluer leur capacité d'agir.

*Conséquences en terme de normes de référence*

Bien que se situant dans la perspective d'une acquisition de compétences, le processus de formation est centré sur le sujet,

ce qui pose la question des normes de référence en matière de santé et de conduites favorables ou défavorables à la santé. La question des normes soulève le problème de la vérité qui vaut pour soi et qu'on voudrait imposer à autrui. La réponse à cette question se trouve dans une attitude marquée par le respect des participants, de leurs représentations, de leur vécu personnel et professionnel. Cette attitude se manifeste par le maintien d'une tension positive entre le pôle objectif et le pôle subjectif :

- en exposant les normes de comportements issues des sciences biomédicales et de l'épidémiologie ;
- en posant les prescriptions institutionnelles (législatives et réglementaires) quand il y a lieu ;
- en aidant le groupe à clarifier ses attitudes par rapport à la santé, aux questions liées au thème de formation, aux pratiques sociales et personnelles en jeu ;
- en amenant les membres du groupe en formation à redéfinir leurs approches du thème et leurs méthodes de travail, à analyser leurs pratiques.

*Conséquences sur le rôle et l'implication du formateur*

Le processus de formation centré sur le sujet a également des conséquences sur le rôle du formateur et les pré-requis pour être

formateur. Cette interrogation suggère que deux types d'intervenants prennent part à la démarche de formation :

**1.** Le formateur, garant de la mise en œuvre de l'ensemble de la démarche de formation. Son rôle est de conduire le processus de formation en tenant compte :

- d'une part, des objectifs définis au départ et des modalités prévues pour les atteindre (méthodes, étapes, contenus),
- d'autre part, de la problématique de départ du groupe en formation et de son évolution. Il est également le garant des règles du groupe (non jugement, respect de l'autre, confidentialité).

**2.** L'expert, intervenant à telle ou telle étape du processus de formation pour faire bénéficier le groupe d'un apport théorique ou méthodologique spécifique dont il a la maîtrise et qui a été jugé pertinent pour la formation. Cette catégorie d'intervenants inclue également l'intervenant « témoin » dont l'apport spécifique relève de son vécu propre. Il est demandé à ces intervenants experts de situer leur contribution en rapport avec les préoccupations du groupe en formation tout en restant centrés sur le contenu qu'ils doivent délivrer.

Le processus de formation est la mise au travail de personnes accompagnées par le formateur, « fil rouge » du dispositif qui se sert

de tout ce qui se passe dans la formation en vue d'une confrontation des savoirs des participants et des experts. Le formateur doit faire preuve de sa capacité à intégrer les éléments apportés par les experts à la problématique empirique du groupe, et à saisir les ouvertures offertes par les contributions des experts pour enrichir les apports au groupe en formation. Ces deux points supposent une familiarisation du formateur avec les connaissances actuelles sur le domaine abordé dans la formation.

Chaque formateur a ses appuis disciplinaires propres et peut privilégier telle ou telle référence théorique. Il en est de même pour les intervenants appelés à intervenir à titre d'experts dans la formation. Il importe de pouvoir estimer leur pertinence spécifique. Il reste que la cohérence d'un processus de formation impose leur compatibilité et leur capacité d'articulation.

#### *Les différentes étapes du processus de formation*

Le processus de formation s'inscrit dans une certaine durée et passe par des phases incontournables :

- mise en situation et élaboration de la problématique propre au groupe en formation, par le biais d'une exploration des attentes, préoccupations et situations des participants, de leurs représentations et de leur vécu, de leurs

perceptions du concept de santé, des notions de responsabilité et de prise de risque ;

- approfondissement des fondements des questions posées et apports de connaissances, au moyen d'une analyse des liens entre représentations et savoirs, et d'une prise en compte du cycle questionnement – informations – réassurance – nouveau questionnement, où se construit un savoir permettant le développement des personnes en formation ;

alternance d'apports informatifs et de temps de réflexion, en laissant la place à la frustration et à la mise en doute des certitudes, afin d'envisager la progression personnelle des participants ;

- retour sur une analyse des pratiques des participants, à la lumière des compétences acquises et des réflexions développées dans le cadre des étapes précédentes ;

- évaluation du processus de formation et de ses effets sur les participants, au moyen d'une grille adaptée au contexte de la formation, en s'assurant que :

- a)** une bibliographie et un dossier documentaire ont été remis au cours de la formation

- b)** la formation a notamment eu pour effet de :

- stimuler une dynamique locale,
- donner aux bénéficiaires la possibilité de se comporter en relais éducatifs dans les pratiques professionnelles qui sont les leurs au quotidien,
- entraîner des réinvestissements.

On ne parlera de formation en éducation pour la santé que dans les cas où chacune de ces grandes étapes de la démarche sera au moins esquissée.

# Charte associative du Projet régional de santé de Bretagne

## Préambule

La Charte\* a pour objet d'assurer que les associations qui ont pour mission l'accueil et l'écoute des personnes en état de souffrance psychique garantiront la qualité des prestations délivrées.

## Article 1

L'adhésion à la présente charte est réservée aux associations ayant recours à des bénévoles. Elle emporte l'obligation de respecter les engagements énumérés ci-après.

## Article 2

### **2-1 – Le recrutement des bénévoles**

L'association adhérente définit un protocole de sélection qui comprend, au minimum, une lettre de

motivation des bénévoles, un entretien de sélection conduit par un jury qui est composé de deux membres de l'association au moins.

### **2-2 – La formation des bénévoles**

L'association assure aux bénévoles une formation individuelle et continue, à l'écoute et à l'accueil. Elle met en place la supervision des écoutants, assurée par un professionnel externe à l'association afin de leur donner la possibilité de s'interroger sur leur pratique.

### **2-3 – Les obligations des bénévoles**

Les bénévoles assurent gratuitement les prestations d'accueil et d'écoute. Ils informent l'appelant de la gratuité de la communication téléphonique ou non. Le recours à un professionnel de santé libéral se fait en respectant

\* Cette Charte entre dans le Projet régional de santé Bretagne « Souffrance psychique et phénomène suicidaire ». Projet 1-2-5. Renseignements auprès de la Drass de Bretagne.

la règle de l'anonymat : le bénévole n'est pas habilité à donner le nom d'un professionnel.

Les bénévoles doivent respecter les règles de confidentialité des informations qu'ils reçoivent dans le cadre de leur mission d'écoute.

L'association organise des procédures qui garantissent le respect de ces obligations.

## Article 3

**3-1 – L'adhésion à la charte** se fait sur dossier examiné pour avis par une commission départementale.

**3-2 –** Au vu de cet avis, **la charte est co-signée** le cas échéant par la Drass et le président de l'association.

**3-3 – L'agrément** est délivré à titre provisoire pour une période de deux ans. À l'issue de cette période, la commission se réserve le droit d'exercer un contrôle selon les modalités définies à l'article 6-2. Si le contrôle n'appelle pas d'observations particulières, l'agrément est reconduit par tacite reconduction sauf, pour l'une des parties, à dénoncer son adhésion à la charte.

## Article 4

Le dossier de demande d'adhésion comprend les documents ci-après :

- les statuts
- son règlement intérieur
- la liste des membres du conseil d'administration
- le protocole de sélection des bénévoles
- le protocole de formation initiale et continue
- le protocole de supervision
- le rapport d'activité
- le bilan financier.

## Article 5

Les associations nouvellement constituées ne pourront présenter une demande d'adhésion qu'au terme d'une année de fonctionnement.

## Article 6

**6-1 – La commission départementale** mentionnée à l'article 3-1 est composée de :

- un représentant de la Ddass
- un représentant de la CPAM
- un représentant du conseil général (service social)
- du référent « secte » désigné par le Préfet de département.

La commission est habilitée à entendre en tant que de besoin toute personne qualifiée notamment en psychiatrie ou en matière juridique.

**6-2** – Outre l’instruction des demandes d’adhésion à la charte, la commission assure le suivi du respect des dispositions de la charte sur pièces et sur place.

## **Article 7**

Les associations signataires pourront recevoir des subventions en fonction des crédits disponibles sans toutefois qu’il puisse en résulter un engagement général des pouvoirs publics.

## **Article 8**

La charte est affichée dans les locaux de l’association.

# Charte des écoutants du réseau Action santé jeunes

## Présentation de l'association Réseau Action santé jeunes

### Adresse

26, rue de Trey, 25000 Besançon.

### Service d'écoute, d'information et d'orientation par téléphone

- Réseau Action santé jeune est une association déclarée loi « 1901 » qui a pour objectif d'établir des liens entre les professionnels au contact des jeunes afin d'améliorer les réponses au mal-être par une approche globale et pluridisciplinaire des besoins de santé.
- Le téléphone, un des outils choisi par l'association pour répondre à ses objectifs, crée en tant que médiation spécifique une interface active entre services, professionnels et usagers. Il favorise une demande d'aide en respectant le parcours singulier de l'utilisateur. Par une écoute semi-directive, il facilite l'accès à l'information et oriente, si besoin, l'utilisateur vers une réponse adaptée.

• L'écoute téléphonique est assurée en un lieu anonyme. Elle est basée sur le principe de l'anonymat et garantit la confidentialité des propos et le respect de l'appelant. Ce principe et cette garantie sont les exigences impératives du service.

### Être écoutant

- L'écouter devra en premier lieu être un professionnel volontaire formé à l'écoute.
- La qualité de l'écoute individuelle s'enracine dans un travail d'équipe. Être écoutant ne s'improvise pas, cela nécessite donc des obligations ainsi qu'une formation spécifique, quelle que soit la profession d'origine du futur écoutant.
- Le futur écoutant devra préciser son engagement en accord avec les exigences de l'association :
  - assurer une écoute régulière,
  - participer à la formation retenue par le réseau,
  - s'engager dans une réflexion d'équipe : partage, analyse et supervision.

## Charte du réseau

La légitimité, les devoirs généraux et les missions des acteurs du réseau se fondent sur la Déclaration universelle des droits de l'homme, et les différents textes juridiques en vigueur\*.

Adhérer au réseau, c'est s'engager institutionnellement ou personnellement à fonder sa pratique sur les principes éthiques énoncés dans la charte.

La charte énonce les valeurs communes de références, elle définit les droits et devoirs des membres.

Les principes éthiques auxquels se réfèrent les membres du réseau comportent trois niveaux d'application :

### **1. Les relations entre professionnels**

- Engagement contractuel des institutions par la reconnaissance d'objectifs communs.

- Engagement volontaire et motivé des professionnels.

Respect de la déontologie des différents champs professionnels.

- Engagement des membres du réseau à mener une réflexion sur la notion de secret professionnel partagé.

### **2. Les relations entre professionnels et usagers**

On entend par usager toute personne dont la situation justifie l'intervention des acteurs professionnels (le jeune, la famille, les proches, toute personne concernée).

---

\* Les règles retenues se déclinent en partant de :

- la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU du 10 décembre 1948,
- la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du Conseil de l'Europe du 4 novembre 1950,
- la convention internationale des droits de l'enfant de l'ONU du 20 novembre 1989,
- la constitution française du 4 novembre 1958,
- le Code civil, le Code pénal et la réglementation du travail, les règles déontologiques applicables à chaque professionnel.

Quatre ordres de références :

- le cadre institutionnel, juridique et administratif dans lequel se situe l'action du réseau,
- le statut des personnes relevant des fonctions publiques, des codes de travail et conventions collectives pour le personnel privé,
- le droit des usagers qui apparaît dans la législation et réglementation de façon dispersée : droit des malades, droit des parents, droits des enfants, droit des personnes vis-à-vis de l'informatisation des dossiers,
- la définition, le contenu et la validation des formations initiale et continue.

- Les membres du réseau s'engagent à assurer la continuité et la complémentarité des réponses professionnelles proposées.
- Les membres du réseau s'engagent à mettre les usagers au cœur de leur action :
  - les usagers ont des droits leur permettant de bénéficier de toutes les interventions des professionnels, afin d'acquérir le plus grand développement de leurs potentialités ;
  - l'utilisateur doit être entendu dans ses attentes, respecté dans son développement et dans son projet de vie. Il doit ainsi, dans le respect de ses possibilités et de ses compétences, être associé à l'élaboration du projet d'intervention ;
  - les jeunes doivent être associés

au projet avec la collaboration des familles ;

- l'utilisateur doit recevoir une information claire, mesurée, diversifiée, complète, une explication de la loi et des recours possibles. Il doit pouvoir adhérer ou ne pas adhérer aux mesures proposées ;
- l'utilisateur a droit au respect de ses convictions ou de ses croyances ; il ne saurait être victime d'attitudes vexatoires ou attentatoires à la dignité de la personne. Ses droits sont aussi ses devoirs à l'égard d'autrui ;
- la confidentialité des informations recueillies sur l'utilisateur et sa vie privée est un droit fondamental. Ce droit ne peut céder que pour protéger l'intérêt supérieur de la personne.

# Bibliographie complémentaire

Catherine Lavielle



L'ensemble des documents cités en références bibliographiques (à la fin de chaque chapitre) et dans cette bibliographie complémentaire sont consultables au centre de documentation du CFES.

## **1. Promotion de la santé mentale (bien-être, résilience, estime de soi...)**

Baudry P., Blaya C., Choquet M., Debarbieux É., Pommereau X. *Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?* Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2000, 161 p.

Cordonnier D. *Événements quotidiens et bien-être à l'adolescence. Vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé.* Genève : Médecine et Hygiène, 1995 : 220 p.

Cyrułnik B. *Les vilains petits canards.* Paris : Odile Jacob, 2001, 278 p.

Duclos G. *L'estime de soi, un passeport pour la vie.* Montréal : Les éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2000, 115 p.

Haut Comité de la santé publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.* Rap. Dactyl. Février 2000, 93 p.

Haut Comité de la santé publique. *Santé des enfants, santé des jeunes. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement.* Paris : HCSP, 1998, 158 p.

Michaud P.-A./dir., Alvin P./dir. *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention.* Lausanne : Éditions Payot Lausanne, 1997, 636 p.

## **2. Les parents, la parentalité, l'autorité**

*Réflexions et expériences de prévention en santé mentale : des lieux de rencontre enfants-parents.* Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française, n°11, 1999, 87 p.

Associations Phare Enfants-Parents. *Repères pour une attitude éducative. Guide à l'usage de tous les parents*. Paris : Éditions Phare Enfants-Parents, 1996, 62 p.

Beauchamp D., Renaud D., Thibaudeau C., Beaugard L., Duclos G., Ross J. *Pères présents, enfants gagnants. Guide à l'intention des pères*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1996, 216 p.

Bruel A. *Un avenir pour la paternité. Synthèse des travaux d'une commission réunie à l'initiative du ministère de l'Emploi et de la solidarité*. Paris : Syros, 1998, 157 p.

Duclos G., Laporte D., Ross J. *L'estime de soi de nos adolescents. Guide pratique à l'intention des parents*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1995 : 178 p.

Fontaine A.-M./éd., Pourtois J.-P./éd. *Regards sur l'éducation familiale. Représentation – responsabilité – intervention*. Bruxelles : De Boeck Université, 1998, 325 p.

Hermange M.-T. *L'enfant soi-disant roi*. Paris : Albin Michel, 1999, 329 p.

Laporte D., Sevigny L. *Comment développer l'estime de soi de nos enfants. Guide pratique à l'intention des parents d'enfants de 6 à 12 ans*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1998, 119 p.

Prêteur Y./éd., De Léonardis M./éd. *Éducation familiale, image de soi et compétences sociales*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1995, 288 p.

### **3. La place des professionnels, leur formation, leur place en tant qu'adulte, la relation éducative**

Beauchamp D., Thibaudeau C., Beaugard L., Duclos G., Ross J., Renaud D. *Pères présents, enfants gagnants. Guide à l'intention des intervenants*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1995, 198 p.

Janouin-Benanti V. *Suicide modes de prévention*. s.l. : Isabelle Quentin Éditeur inc, 1999, 200 p.

Jeammet P./dir. *Adolescences. Repères pour les parents et les professionnels*. Paris : Syros, 1997, 212 p.

Marpeau J. *Le processus éducatif. De la construction de la personne comme sujet responsable de ses actes*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2000, 239 p.

#### **4. Les jeunes, leur participation, les outils**

Association Québécoise de suicidologie (A.Q.S.), Assurance vie Desjardins-Laurentienne, Conseil permanent de la jeunesse. *Des outils pour la vie... Répertoire du matériel de prévention du suicide chez les jeunes*. Montréal : AQS, s.d., 208 p.

Bantuelle M., Barthelemy L., Dario Y. *Adolescences, communication et santé. Guide pour une démarche SACADO*. Charleroi : Éduca Santé, 1997 : 84 p.

Bonnin F. *Recommandations pour l'action. Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : éditions CFES, 1999, 34 p.

Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé-Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (Craes-Crips). *Les actes du forum des outils de prévention*. Lyon : Craes-Crips, 2000, 240 p.

Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs. *Le théâtre-forum en éducation pour la santé. Présentation, intérêts, précautions, optimisation*. Besançon : Codes 25, 2000, 11 p.

Guerre Y. *Le théâtre-forum. Pour une pédagogie de la citoyenneté*. Paris : Éditions L'Harmattan, 1999, 220 p.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Les éditions Inserm (coll. Expertise collective), 2001, 247 p.

Oddoux K. *La communication sur la santé auprès des jeunes. Analyses et orientations stratégiques*. Vanves : éditions CFES, 2000, 75 p.

Ministère de la jeunesse et des sports. Direction de la jeunesse et de la vie associative. *Rencontres européennes pour la prévention : actes et paroles*. Paris : CIDJ, 1999, 207 p.

#### **5. Approche sociologique**

Borlandi M., Sherkaoui M. *Le suicide : un siècle après Durkheim*. Paris : Presses universitaires de France (coll. Sociologie), 2000, 260 p.

Durkheim É. *Le suicide : étude de sociologie*. Paris : Presses universitaires de France (coll. Quadrige, 10<sup>e</sup> édition), 1999, 480 p.

# Liste des sigles



- Ades : Association départementale d'éducation pour la santé  
Anaes : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
CDC : Center for disease control  
CDES : Comité départemental d'éducation pour la santé  
CESC : Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté  
CFES : Comité français d'éducation pour la santé  
CMP : Centre médico-psychologique  
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique  
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
Codes : Comité départemental d'éducation pour la santé  
Covess : Comité vendéen d'éducation sanitaire et sociale  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie  
Cres : Comité (ou collège) régional d'éducation pour la santé  
Cresif : Comité régional d'éducation pour la santé d'île-de-France  
Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DGS : Direction générale de la santé  
Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française  
Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé  
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
MSA : Mutualité sociale agricole  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ONU : Organisation des nations unies  
ORS : Observatoire régional de la santé  
PAIO : Permanence d'accueil, d'information et d'orientation  
PRS : Programme régional de santé  
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Conception graphique  
**Jean-Yves VERDU**

Mise en page



Photo de couverture

© **Henry Blackham / THE STOCK MARKET**

ISBN-2-908 444-78-X

Développer la *Prévention primaire du suicide des jeunes*, telle est l'ambition de ce guide d'action résultant du programme soutenu par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, et inscrit dans la dynamique du Plan national de prévention du suicide mis en œuvre par la Direction générale de la santé.

S'appuyant sur le travail des réseaux du Comité français d'éducation pour la santé et de la Fédération nationale de la mutualité française, cet ouvrage expose des expériences conduites par des praticiens de l'éducation pour la santé. Celles-ci permettent à l'éducateur de santé d'approfondir sa *connaissance* de la prévention primaire du suicide des jeunes, d'élaborer une démarche éducative, de conduire une sensibilisation des parents et des professionnels de l'enfance et de l'adolescence. L'intervention est axée sur une bonne compréhension de ce qu'est la santé globale, le développement des compétences psychosociales et la participation des jeunes aux actions qui leur sont destinées.

Ces *Recommandations pour les actions régionales et locales* constitueront pour l'éducateur de santé une source de réflexion et d'inspiration des plus utiles.

73-01630-L

2, rue Auguste Comte  
BP 51  
92174 Vanves Cedex

[cfes@cfes.sante.fr](mailto:cfes@cfes.sante.fr)



**l'Assurance Maladie**  
sécurité sociale

