



HAL
open science

Passage à l'acte suicidaire de l'adolescent : un état des lieux des connaissances en milieu scolaire : enquête par auto-questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires

Bastien Paluch

► To cite this version:

Bastien Paluch. Passage à l'acte suicidaire de l'adolescent : un état des lieux des connaissances en milieu scolaire : enquête par auto-questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-02933628

HAL Id: dumas-02933628

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933628v1>

Submitted on 8 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UPJV – Université de Picardie Jules Verne –
Faculté de Médecine d’Amiens

Année 2020

Thèse n° 2020 - 59

Thèse pour le Diplôme d’État
de Docteur en Médecine
Spécialité : Psychiatrie

**PASSAGE A L’ACTE SUICIDAIRE DE L’ADOLESCENT : UN
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES EN MILIEU
SCOLAIRE**

Enquête par auto-questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2020

Par Mr PALUCH Bastien, né le 26/11/1992 à Saint-Quentin

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur GUILLE Jean-Marc, en qualité de Président de jury

Monsieur le Professeur FARDELLONE Patrice

Monsieur le Professeur SCHMIDT Jean

Monsieur le Docteur BENAROUS Xavier

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur GARNY DE LA RIVIERE Sébastien

Dédicaces

Au président de Jury,
Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur du DES de psychiatrie

Je vous remercie de m'avoir accepté au sein de votre service ainsi que pour votre accompagnement tout au long de mon Internat.

Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement universitaire.

Vous avez toujours su vous montrer disponible et bienveillant.

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'être le Président de mon Jury de Thèse.

Veillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de votre présence pour ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Vous me faites le plaisir et l'honneur d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Sébastien GARNY DE LA RIVIERE
Praticien Hospitalier

Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail comme au long de ma formation.

Remerciements

A mes parents : merci pour votre amour et votre soutien depuis toujours. Vous m'avez offert tous les possibles. Ma gratitude vous est éternelle.

A mon frère, Corentin : on se voit moins mais s'est toujours avec plaisir que l'on se retrouve. A tous nos moments passés et à venir (dans ce monde et dans bien d'autres).

A ma grand-mère : toujours présente et aimante

A mon grand-père : parti il y a 10 ans, je te sais fier et cela m'encourage chaque jour.

A toute ma famille

A Florian : on en aura vécu des choses depuis cette première année de médecine. Je te remercie particulièrement pour ton aide dans ce travail de thèse. Que notre amitié jamais ne s'épuise.

A Amandine et Arthur : vous avez toute mon affection.

A Marc-Antoine : merci pour ta joie et ta générosité qui persistent malgré les saisons. Un ami au grand cœur.

A Alexis : à toutes ces heures de notre enfance passées ensemble. On en aura fait du chemin depuis la maternelle !

A Manon : les études ne sont pas que bonheur mais on y rencontre des personnes fantastiques. Que Jade et Kurenai résonnent en nous encore longtemps.

A Louken : aux « quelques » heures de bon amusement en ta compagnie, depuis presque dix ans maintenant.

Aux internes de psychiatrie d'Amiens : merci pour votre partage et votre solidarité

Aux internes avec qui j'ai partagé mes journées : une pensée particulière pour Barbara qui a pris un autre chemin. Un voyage est toujours plus agréable en bonne compagnie.

Aux médecins (et aux psychologues et secrétaires) de l'antenne de liaison : c'est avec votre rencontre que j'ai pu m'intéresser à la psychiatrie et donner un sens à mes études de médecine. Je vous remercie tout particulièrement.

Aux différents services qui m'ont accueilli et à toutes leurs équipes : le centre de psychothérapie de Saint-Quentin, l'UMA, l'antenne de liaison du CHU, l'UPA du CHPP, le CMP enfant de Saint-Quentin, mais aussi le service de pédiatrie de Saint-Quentin.

A celui ou celle offusqué de ne pas avoir été cité expressément : je tenais à te remercier particulièrement.

Aux collègues et lycées pour leur participation : merci aux répondeurs

狂人 走れば 不狂人も 走る - (kyoujin hashireba fukyoujin mo hashiru)

« Quand un fou court, les personnes saines courent aussi »

Table des matières

1	Introduction.....	10
2	Apports théoriques.....	11
	2.1 Définitions.....	11
	2.2 Epidémiologie.....	11
	2.2.1 Le suicide.....	11
	2.2.2 La tentative de suicide.....	12
	2.3 Facteurs de risque.....	13
	2.4 Facteurs protecteurs.....	14
3	Objectif.....	15
4	Matériel et méthode.....	15
	4.1 Choix de la méthode.....	15
	4.2 Recrutement.....	15
	4.3 Recueil.....	17
	4.4 Méthode d'analyse.....	18
5	Résultats.....	19
	5.1 Données socio-démographiques.....	19
	5.2 Résultats de l'enquête.....	19
	5.3 Résultats croisés.....	26
	5.4 Synthèse des résultats.....	29
6	Discussion.....	31
	6.1 Intérêt de l'étude.....	31
	6.2 Validité de l'étude.....	31
	6.2.1 Biais de sélection.....	31
	6.2.2 Biais méthodologique.....	31
	6.3 Interprétation des résultats.....	32
	6.3.1 Ouverture à l'échange.....	32
	6.3.2 Le passage à l'acte suicidaire en milieu scolaire.....	32
	6.3.3 Les interlocuteurs clés au sein des établissements scolaires.....	33
	6.3.3.1 L'infirmière scolaire.....	33
	6.3.3.2 Le conseiller principal d'éducation.....	33
	6.3.3.3 Le personnel de direction.....	33
	6.3.4 La place des parents.....	34
	6.3.5 Les réseaux sociaux.....	34
	6.4 La contagion du suicide.....	34
	6.5 Prévenir le suicide.....	35
	6.5.1 Prévention et contagion.....	35
	6.5.2 Les dispositifs de veille et de recontact.....	35
	6.5.3 Prévention et réseaux sociaux.....	35
	6.5.4 Le plan de sécurité.....	36
	6.5.5 Les sentinelles.....	36
	6.5.6 La maison des adolescents.....	37
	6.5.7 Les associations.....	37
	6.5.8 Un exemple de programme en milieu scolaire : SEYLE et YAM.....	37
	6.5.9 Tableau récapitulatif.....	38
7	Conclusion.....	39
8	Références bibliographiques.....	40
9	Annexes.....	47

Figures et tableaux

Tableau 1 : Détail des établissements répondeurs (p.17)

Tableau 2 : Répartition des répondeurs selon les données socio-démographiques (p.19)

Tableau 3 : Facilité à aborder la question des idées suicidaires selon l'interlocuteur (p.22)

Tableau 4 : Fréquence des troubles rencontrés chez les élèves selon un avis subjectif (p.25)

Tableau 5 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la présence d'une formation (p.26)

Tableau 6 : Répartition des réponses au sentiment d'être à l'aise avec la question des idées suicidaires selon la présence d'une formation (p.26)

Tableau 7 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la présence d'une formation (p.27)

Tableau 8 : Répartition des professions selon la présence d'une formation (p.27)

Tableau 9 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la profession (p.27)

Tableau 10 : Répartition des réponses au sentiment d'être à l'aise avec la question des idées suicidaires selon la profession (p.28)

Tableau 11 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la profession (p.28)

Tableau 12 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la parentalité (p.28)

Tableau 13 : Répartition des réponses au sentiment d'être à l'aise avec la question des idées suicidaires selon la parentalité (p.29)

Tableau 14 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la parentalité (p.29)

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des moyens de prévention applicables aux adolescents selon le lieu. (p.38)

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BCI : Brief Contact Interventions (dispositif de recontact)

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPE : Conseiller Principal d'Education

ELIOS : Equipe en Ligne d'Intervention et d'Orientation pour la prévention du Suicide

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

GEPS : Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide

MDA : Maison Des Adolescents

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

SEYLE : Saving and Empowering Young Lives in Europe

UNPS : Union National pour la Prévention du Suicide

YAM : Youth Aware of Mental Health

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

Résumé

Introduction : En France, on estime que près d'un adolescent sur 10 aurait déjà fait une tentative de suicide. Un certain nombre d'entre eux semble échapper au système de soins. Les collèges et lycées sont fréquentés quotidiennement par des millions d'élèves. Nous nous sommes donc intéressés à la question du suicide en milieu scolaire. Tout d'abord, dans quelle mesure peut-on parler du suicide dans ces établissements ? Puis, la prévention étant un enjeu éthique et économique, comment celle-ci pourrait s'y inscrire ? L'objectif principal de cette étude était la réalisation d'un état des lieux des connaissances concernant le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent auprès des professionnels scolaires.

Matériel et méthode : démarche exploratoire qualitative, par le biais d'un questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires exerçant dans 12 collèges et lycées du secteur de Saint-Quentin dans l'Aisne

Résultats : Le manque de connaissances intéressant la santé mentale ainsi qu'une réelle demande de formation ont pu être mis en évidence. Le sentiment d'être concerné par ce thème et les demandes d'ouverture de parole, d'information et d'échanges semblent porteurs pour la mise en place d'interventions futures. Des interlocuteurs clés semblent se démarquer, notamment l'infirmière scolaire et le CPE.

Conclusion : Bien que le passage à l'acte suicidaire soit un sujet délicat, une ouverture à des actions de prévention en milieu scolaire semble possible. Une action de prévention spécifique au passage à l'acte suicidaire devra prendre en compte la singularité de chaque établissement.

Mots clés : Suicide, Tentative de suicide, Prévention, Psychiatrie adolescent, Etablissements scolaires

Abstract

Introduction : In France, it is estimated that almost one out of ten adolescent has already attempted suicide. Some of them seem to elude the health care system. Secondary schools gather millions of students. Therefore, we were interested about the view of suicide in the school environment. First of all, to what extent can we talk about suicide in those establishments ? Then, being an ethical and economical issue, how can suicide prevention find a place there ? The main purpose of this study was to give a picture of the knowledge about the adolescent's suicidal act, among the educational staff.

Materiel and method : a qualitative investigation, through a staff survey. We collected 100 responses from 12 secondary schools located in the area of Saint-Quentin.

Results : We were able to highlight the lack of knowledge concerning mental health and a request for training about the subject. Globally, the staff feels concerned by the subject and asks for an open speech and exchange. School nurses and principal educational advisers (no clear translation could be found for CPE) appear as key partners.

Conclusion : Although the act of suicide is a sensitive subject, perspectives of preventive action in the school environment seem possible. A specific preventive action about the suicidal act will need to take each school's specificity into account.

Keywords : Suicide, Suicide attempt, Prevention, Adolescent psychiatry, Schools

1 Introduction

Chaque année, en France, on estime entre 150 000 et 200 000 le nombre de tentatives de suicide ayant conduit à un contact avec le système de soin (1). Avec 8885 décès par suicide en 2014, le suicide reste une cause de mortalité importante et plus particulièrement chez les 15-24 ans où elle apparaît en seconde position. Dans son dernier rapport, l'Observatoire National du Suicide met en évidence, au travers des deux enquêtes ESCAPAD et ESPAD (détaillées plus loin), que 2.7% à 9.5% des lycéens auraient fait une tentative de suicide au cours de leur vie (2).

En 2015, on dénombre 78 128 patients hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie pour une tentative de suicide, hors prise en charge aux urgences sans hospitalisation. On relève également deux fois plus d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les jeunes filles de 15 à 19 ans que dans la population générale (2).

Les enjeux autour de la prévention du risque suicidaire chez les adolescents sont multiples, autant sur le plan éthique que sur le plan économique.

Différentes actions de prévention seraient susceptibles de réduire le taux de suicide : le recontact des patients hospitalisés pour tentative de suicide, l'évolution de la législation concernant la levée du secret médical et l'euthanasie médicalement assistée (deux sujets polémiques pour lesquels les enjeux éthiques sont importants) (2), les associations de prévention et d'aide à distance, et pour finir, la communication autour du passage à l'acte suicidaire au travers des différents média (2).

L'éducation quant à elle, reste un outil de prévention de santé publique répandu et ce au travers des différentes campagnes, journées et interventions.

L'établissement scolaire, lieu d'éducation et d'accueil de la quasi-totalité des adolescents en France, paraît un intervenant intéressant concernant la prévention. Il est d'ailleurs au centre de plusieurs actions de prévention en santé, avec le CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) dont est constitué tout collège ou lycée (3).

Lorsqu'il est directement concerné par un suicide (ou une tentative), l'établissement met en place une cellule de crise psychologique. Ces derniers semblent y être régulièrement confrontés, compte tenu du nombre de passages à l'acte chez l'adolescent. Cette problématique peut aussi se rencontrer indirectement : absence d'un élève, échanges verbaux intra-établissement ou via les réseaux sociaux notamment.

Quelle place donner à la prévention du risque suicidaire dans les établissements ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons émis le projet de faire un état des lieux des connaissances et du ressenti au sujet du risque suicidaire en milieu scolaire.

Pour ce faire nous avons contacté l'ensemble des collèges et lycées rattachés à la médecine scolaire de Saint-Quentin, puis diffusé des auto-questionnaires à l'attention des différents professionnels scolaires : professeurs, CPE (Conseillers Principaux d'Education), surveillants, infirmiers, directeurs d'établissement.

2 Apports théoriques

2.1 Définitions

Le terme suicide aurait été utilisé pour la première fois en 1642 par Sir Thomas Browne dans son ouvrage *Religio Medici*. Il s'agit d'un récit philosophique d'un médecin qui tente de réconcilier la religion et les sciences (4). Le mot suicide ne fera son apparition dans la langue française qu'au XVIII^{ème} siècle (5). Cependant la pratique du geste suicidaire est bien plus ancienne et de nombreux écrits antiques l'évoquent (6,7).

Du latin, « suicide » est formé de *sui* (« de soi ») et du suffixe -cide du verbe *caedere* (frapper, tuer) (8). L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit en 2015 le suicide comme un acte visant à se donner délibérément la mort (9) et la tentative de suicide comme tout geste dont la finalité est le suicide mais qui ne conduira pas à la mort de la personne. Ce réfère à cette dernière tous les comportements suicidaires non mortels, les actes d'auto-intoxication, d'auto-mutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou non (9).

Ces gestes correspondent aux diagnostics de lésions auto-infligées codés de X60 à X84 dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies)(10). La CIM-11, qui entrera en vigueur le 1^{er} Janvier 2022, référence ces gestes dans la catégorie *External causes of morbidity and mortality* avec une sous-division *Intentional self-harm*, pour un codage de PB80 à PD3. La CIM-11 permettra, par ailleurs, le codage spécifique des tentatives de suicide, comportements suicidaires et idéations suicidaires (11). Cela pourrait permettre un meilleur recensement des gestes suicidaires.

Le passage à l'acte suicidaire reste un objet d'étude dont la définition n'est pas toujours simple. De plus en plus de liens et de corrélations sont mis en évidence au travers des nombreuses études traitant du sujet. C'est un phénomène fluctuant et dynamique que les multiples modèles théoriques tentent de comprendre (12).

2.2 Epidémiologie

2.2.1 Le suicide

Dans le monde, 800 000 personnes se suicident chaque année (9). En 2014, avec son premier rapport sur le sujet, l'OMS fait de la prévention du suicide une priorité de santé publique.

En France, en 2016, on compte 8427 décès par suicide. On en comptabilise 352 chez les 15-24 ans (13). Ce qui fait du suicide la deuxième cause de mortalité pour cette tranche d'âge, avec plus de 15% des décès pour cette génération. Il concerne majoritairement les hommes, avec trois hommes pour une femme.

Depuis 2000, on constate une diminution du nombre de décès par suicide de 12% pour la population générale, et de 42% chez les 15-24 ans (13).

La pendaison reste le geste le plus létal avec 57% des suicides. La profession la plus touchée est celle des agriculteurs (2).

2.2.2 La tentative de suicide

En 2015 sur le territoire français, on comptait 78128 personnes hospitalisées pour une tentative de suicide (hors passage aux urgences sans hospitalisation). Contrairement aux suicides, ce taux n'a pas diminué ces dernières années et semble se stabiliser (2). Une enquête de 2003 rapporte que 8% de la population adulte aurait fait au moins une tentative de suicide dans sa vie (14).

Les tentatives de suicide, à la différence des suicides, concernent majoritairement les femmes, avec 3 femmes pour 2 hommes. Cela est particulièrement vrai chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, pour lesquelles le taux d'hospitalisation est de 39 pour 10 000, le plus haut taux en comparaison avec le reste de la population (2).

C'est dans les Hauts-de-France que le taux d'hospitalisation est le plus important, avec 23,7 hospitalisations pour 10 000 hommes et 30,7 hospitalisations pour 10 000 femmes (2).

Il est important de noter que les chiffres concernant les tentatives de suicide ne sont pas totalement fiables pour les raisons suivantes : la distinction entre automutilation suicidaire ou non suicidaire n'est pas toujours faite, ne sont pas exclus les décès au cours ou après l'hospitalisation en lien avec le geste, ne concerne pas les patients pris en charge non hospitalisés, les gestes peuvent être considérés comme accident quand l'intentionnalité suicidaire n'est pas assurée.

Les tentatives de suicide les plus fréquentes sont celles par intoxication médicamenteuses puis les phlébotomies, en France (1). On notera l'importance de l'impact culturel. Par exemple, on recense de nombreux cas d'intoxication au charbon ou aux gaz d'échappement en Asie (15,16) et on peut faire référence à l'héritage culturel de certaines pratiques comme le suicide rituel nommé seppuku au Japon, abandonné depuis 1868 (17,18).

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'est intéressé aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires chez les adolescents au travers de deux enquêtes.

La première, appelée Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) fut réalisée sur les adolescents réalisant leur Journée d'Appel à la Défense (JAPD). Elle étudia de façon comparative, le taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide en 2017 et prend en compte l'évolution depuis 2011. Elle interroge les jeunes de 17 ans. Cette enquête a donné les résultats suivants (2) :

- 11,4% des adolescents ont eu des idéations suicidaires (au cours des 12 derniers mois) contre 10,7% en 2011 ;
- 2,9% d'entre eux ont été hospitalisés pour tentative de suicide (contre 2,3% en 2011) (19).
- Idéations suicidaires et antécédents de tentative de suicide sont plus importants chez les filles que chez les garçons.
- Les Haut-de France furent en 2014 la deuxième région avec le plus haut taux de tentative de suicide chez les adolescents : 3,8% (derrière la Normandie avec 4,1%).
- Cependant, notre région retrouvait le taux d'idéations suicidaires le plus élevé (13,1%).

La deuxième, European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) fut réalisée en 2015. Elle traitait différents sujets mais une question portait sur les tentatives de suicide (avec ou sans hospitalisation). 9,5 % des lycéens ont répondu avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, pour un âge moyen du premier geste à 13,6 ans (2). Le

taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 22,3%. Il semblerait donc qu'une grande partie des adolescents ayant attenté à leur vie ne soit pas prise en charge par le système de soins. Par comparaison dans la population générale, selon Beck et al., le taux de suicidants n'ayant pas recours aux soins est de 38% (pour un échantillon de 53 suicidants) (20).

2.3 Facteurs de risque

Un facteur de risque est une variable associée statistiquement à la survenue d'un phénomène.

Les facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire font l'objet de nombreuses études, au point qu'actuellement on en dénombre plus d'une centaine. Ne seront donc évoqués que ceux jugés les plus pertinents.

Le facteur de risque le plus corrélé au suicide est la présence d'une pathologie psychiatrique. On note la présence d'une comorbidité psychiatrique chez 90% des suicidés (21,22). Les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique auraient un risque de décès par suicide 20 à 120 fois plus élevé que la population générale (23). Chez l'adolescent, on fait le même constat pour les troubles dépressifs et les troubles bipolaires (24,25).

Le signe le plus pertinent pour évaluer un risque de passage à l'acte suicidaire est l'idéation suicidaire (26–29). Cependant, en pratique, il est important de distinguer idéation suicidaire active, (avec planification et préparation) et idéation suicidaire passive (avec désir et idéation) (30,31). C'est la planification du geste suicidaire qui reste l'un des signes les plus importants concernant l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire.

La dysrégulation émotionnelle joue aussi un rôle primordial (32,33). Plusieurs approches thérapeutiques se construisent sur cet élément et la psychoéducation autour de cette question pourrait avoir un intérêt en terme de prévention.

L'antécédent de tentative de suicide serait le meilleur prédicteur de récurrence selon plusieurs sources (28,34–37). Cependant, on retrouve certaines limites à ce facteur. En effet, un antécédent de tentative de suicide associé à une consultation psychiatrique pourrait être un facteur protecteur (35). Concernant les adolescents, Angot C. ne trouverait pas d'impact d'un antécédent de tentative de suicide sur le devenir à l'âge adulte (38). Cependant, il est important de noter un biais mesuré concernant cette étude avec plusieurs pertes de vue.

L'antécédent de tentative de suicide est à prendre en compte avec précaution si l'on souhaite l'utiliser pour prédire une récurrence. Les taux de suicide chez les suicidants étant très variables d'une étude à l'autre : 30-60% pour le plus haut taux (39), puis 10-15% (34), et enfin 3-7% pour le plus bas (40).

Certaines études mettent en évidence des facteurs de risques environnementaux, notamment la saison de naissance ou la croissance fœtale. Rock et al. trouvent plus de suicidants parmi les personnes nées au printemps dans leur étude australienne, ce qui n'est pas mis en évidence pour les suicidés. Cailhol et al. mettent en avant des résultats similaires (41,42). Une corrélation entre une faible croissance natale et la suicidalité est retrouvée par Mittendorfer et al. (43).

C'est la présence de moyens létaux à disposition qui aura le plus d'impact dans des objectifs de prévention (9).

Les antécédents familiaux de geste suicidaire ou de troubles mentaux sont eux aussi facteurs de risque. Wyder et al. insistent sur l'importance du rôle des séparations affectives (44). Les facteurs de risque sociaux et biologiques ont eux aussi leur importance. Il faudra aussi prendre en compte les événements de vie. Heikkinen et al. retrouvent un événement de vie négatif dans les 3 mois chez 80% des suicidants (45).

2.4 Facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs, moins étudiés et de façon plus tardive, pourraient être vecteurs de prévention.

On retiendra alors le support social, la prise en charge thérapeutique, les raisons de vivre, l'estime de soi, l'hygiène de vie, la religion et la projection positive (28).

Les stratégies de coping, de faire face, font partie des facteurs de protection étudiés récemment (46). Elles sont souvent séparées en deux catégories : fonctionnelles et dysfonctionnelles. Parmi les fonctionnelles, on retrouve : s'efforcer de résoudre un problème, travailler fort pour réussir, avoir une pensée positive, se détendre, se divertir et faire de l'activité physique. Mirkovic et al. ont pu mettre en évidence l'effet protecteur de ces stratégies de coping et soutiennent que le développement de telles stratégies pourraient diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent (47–49).

Les raisons de vivre semblent elles aussi importantes. Le développement de l'espérance face au futur, du sentiment de soutien familial et social, de la confiance en soi pourraient être utilisées dans des actions de prévention généralisées et scolaires.

3 Objectif :

Comme évoqué précédemment, de nombreux adolescents ayant fait un passage à l'acte suicidaire échapperaient au système de soins. Les établissements scolaires étant les lieux en contact avec la grande majorité des adolescents, nous avons rencontré les professionnels y travaillant afin de recueillir leur ressenti et leur pratique concernant ce sujet sérieux qu'est le passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent.

L'objectif était de faire un état des lieux des connaissances en milieu scolaire au sujet du passage à l'acte suicidaire de l'adolescent. Ainsi, nous avons tenté de répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure peut-on parler du suicide au collège ou au lycée ?
- Quelles seraient les premières actions à mener pour développer un projet de prévention en milieu scolaire ?

4 Matériel et méthode :

4.1 Choix de la méthode :

Notre choix c'est porté sur une recherche qualitative et de démarche exploratoire visant à donner la parole au plus grand nombre. La recherche qualitative s'est principalement étoffée au travers des sciences sociales et psychologiques. Son application au domaine de la santé est de plus en plus répandue (50).

Nous avons fait le choix d'un questionnaire afin de permettre une diffusion large, au-delà de la rencontre physique, et avec un recueil des données directement par le questionné inscrivant ses réponses (51).

Dans sa conceptualisation, nous avons choisi d'intégrer des questions fermées et des questions ouvertes. Les réponses ouvertes avaient pour objectif la mise en valeur des propos et des représentations du questionné, ainsi qu'une liberté de réponse (52).

Cette démarche propose d'adopter la perspective des acteurs interrogés et d'en faire un outil pour d'éventuelles interventions futures.

Ce questionnaire était destiné à l'ensemble des professionnels scolaires : enseignants, assistant d'éducation, personnel de direction, infirmières scolaires, assistantes sociales, etc.

4.2 Recrutement :

Nous avons contacté l'ensemble des collèges et lycées du secteur de Saint-Quentin étant rattachés au pôle santé/social en faveur des élèves des services départementaux de l'académie d'Amiens.

La demande de diffusion des questionnaires s'est faite auprès des chefs d'établissements, par contact téléphonique ou par échange de mails. Il était proposé de venir à la rencontre des équipes avant la diffusion des questionnaires, ce qui a été fait dans la plupart des cas.

Cette demande a donc été faite auprès de 15 collèges et 7 lycées.

12 établissements ont répondu favorablement à notre demande : soit 8 collèges et 4 lycées.

Le détail de l'ensemble des établissements répondeurs est proposé plus loin (cf. page 17)

6 établissements ont refusé. L'un d'eux a avancé le manque de temps. Un autre, venant d'être confronté à un suicide, ne voulait pas perturber son personnel. Pour finir, 4 établissements n'ont pas donné d'explication.

Les critères d'inclusion étaient larges :

- Être employé au sein d'un établissement scolaire
- Etablissement scolaire du secteur de Saint-Quentin (pôle santé/social en faveur des élèves de l'académie d'Amiens)

Le critère d'exclusion était :

- Être un élève

4.3 Recueil :

Le recueil des questionnaires s'est fait du 02 décembre 2019 au 07 avril 2020.

L'ensemble des réponses était collecté sur les questionnaires directement : de façon manuscrite ou numérique selon la préférence de chacun.

Nous avons recueilli 104 réponses mais seules 100 ont été prises en compte : 4 questionnaires étaient nettement incomplets, seule la moitié des questions avait une réponse.

Tableau 1 : Détail des établissements répondeurs

Etablissement	Lieu	Nombre de réponses	Informations
Collège Suzanne Deutsch	Moÿ de l'Aisne	5 réponses	Collège général Environ 330 élèves
Collège Paul Eluard	Gauchy	6 réponses	Collège général Environ 440 élèves
Collège Villard de Honnecourt	Fresnoy le Grand	14 réponses (2 incomplètes)	Collège général Environ 330 élèves
Collège Montaigne	Saint-Quentin	14 réponses (1 incomplète)	Collège général – ZEP Environ 330 élèves
Collège Henri Matisse	Bohain-en-Vermandois	4 réponses	Collège général Environ 400 élèves
Collège Marthe Lefevre	Saint-Quentin	7 réponses	Collège général – ZEP Environ 350 élèves
Collège La Ramée	Saint-Quentin	6 réponses	Collège général Environ 500 élèves
Collège Gabriel Hanotaux	Saint-Quentin	21 réponses (1 incomplète)	Collège général – ZEP Environ 400 élèves
Lycée La Ramée	Saint-Quentin	5 réponses	Lycée général Environ 950 élèves
Lycée Colard Noël	Saint-Quentin	13 réponses	Lycée professionnel Environ 550 élèves
Lycée des Métiers d'Art	Saint-Quentin	9 réponses (1 incomplète)	Lycée professionnel Environ 300 élèves
Lycée Jean Bouin	Saint-Quentin	1 réponse	Lycée mixte Environ 450 élèves

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

86 personnes ne travaillaient que dans l'établissement répondeur.

12 personnes travaillaient dans d'autres établissements qui n'ont pas été interrogés.

2 personnes travaillaient dans deux établissements interrogés en même temps. Leurs réponses n'ont été comptabilisées qu'une fois et pour un seul établissement dans l'analyse générale des résultats.

Une personne exerçait au sein du collège Montaigne et du lycée des Métiers d'Art, mais est incluse dans le collège Montaigne pour l'analyse. Une personne exerçait au sein du lycée Colard Noël et du lycée des Métiers d'Art, mais est incluse dans le lycée Colard Noël pour l'analyse.

4.4 Méthode d'analyse :

L'analyse des réponses aux questionnaires a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo®.

Nous avons donc procédé à une analyse thématique pour les réponses ouvertes : c'est-à-dire que nous avons « codé » en thèmes les idées contenues dans les réponses, avec parfois un niveau de sous-thème.

Les résultats obtenus sont alors qualitatifs et les nombres affiliés correspondent au nombre de personnes qui ont évoqué ce thème dans la réponse.

Pour les questions fermées, les résultats peuvent être interprétés en pourcentage : en effet, les réponses de chaque répondant ont été prises en compte, et comptabilisées comme « ne se prononce pas » en l'absence de réponse.

5 Résultats :

Les résultats des questions fermées ont été quantifiés et l'interprétation en pourcentage est possible.

Pour ces réponses fermées, un code couleur est parfois utilisé pour refléter les pourcentages et permettre une lisibilité plus aisée. Le code couleur est le suivant :

- Bleu : $\geq 80\%$
- Vert : $\geq 50\%$ et $< 80\%$
- Jaune : $\geq 25\%$ et $< 50\%$
- Orange : $\geq 10\%$ et $< 25\%$
- Rouge : $< 10\%$

Pour les questions ouvertes, les résultats, c'est-à-dire chaque nombre, correspondent au nombre de réponses émises par différentes personnes. Une personne peut donc donner plusieurs réponses. Le décompte peut donc être supérieur à 100.

5.1 Données socio-démographiques :

Tableau 2 : Répartition des répondeurs selon les données socio-démographiques

<u>Professions :</u>	<ul style="list-style-type: none">- 9 Infirmières Diplômées d'Etat- 45 enseignants- 13 personnels de direction- 7 Conseillers Principaux d'Education- 25 surveillants (ou assistant d'éducation)- 1 secrétaire
<u>Genre :</u>	<ul style="list-style-type: none">- 67 femmes- 33 hommes
<u>Âge :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Âge moyen : 38 ans- Min : 19ans ; Max : 62 ans
<u>Parentalité :</u>	<ul style="list-style-type: none">- 57 personnes ont des enfants- 40 n'en ont pas- 3 ne se sont pas prononcées

2 répondants n'ont pas renseigné leur âge.

5.2 Résultats de l'enquête :

Vous sentez-vous concerné par ce thème qu'est la prévention en santé mentale, en tant que professionnel ?

- Oui : 92
- Non : 4
- Ne se prononce pas : 4

Avez-vous bénéficié de formation intéressant la santé mentale ?

- Oui : 18
- Non : 82

Pour les personnes ayant bénéficié d'une formation :

A quand remonte cette dernière formation ?	<ul style="list-style-type: none"> - 10 : formation initiale ou au cours du cursus universitaire - 6 : durant l'exercice professionnel actuel - 1 : avant la profession actuelle
Par qui était-elle dispensée ?	<ul style="list-style-type: none"> - 7 : par un professionnel de santé - 6 : par l'éducation nationale - 3 : par l'université - 1 : par une association
Sous quelle forme ?	<ul style="list-style-type: none"> - 9 : cours ou unité d'enseignement - 5 : conférence - 2 : atelier - 2 : stage

Etes-vous au fait des différentes interventions ayant eu lieu en terme de santé mentale dans votre établissement ?

- Non : 59
- Partiellement : 25
- Oui : 15
- Ne se prononce pas : 1

Plusieurs ont commenté qu'il n'y avait pas de telles interventions ou que s'il y en avait, elles concernaient le harcèlement.

La question du bien-être vous paraît-elle suffisamment abordée ?

- Non : 80
- Oui : 16
- Oui et non : 1
- Ne se prononce pas : 3

Dans quel lieu la question de la santé mentale peut-elle être abordée ?

<ul style="list-style-type: none"> - 25 : tout lieu (ou l'établissement sans précision) - 21 : à l'infirmerie - 18 : en classe - 9 : avec l'assistante sociale - 7 : dans le cadre d'une intervention spécifique - 6 : dans le bureau du CPE - 5 : dans le cadre du CESC - 4 : au domicile - 4 : en formation 	<p>Autres réponses : 18</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 : avec le/la psychologue scolaire - 3 : dans une structure de soin - 2 : bureaux du personnel de direction - 2 : café-parents - 2 : cellule de veille - 2 : au foyer - 2 : en réunion - 1 : avec le conseiller d'orientation - 1 : au sein d'un club sportif
--	--

CPE : Conseiller Principal d'Education ; CESC : Conseil d'Education à la Santé et à la Citoyenneté ; foyer : lieu d'accueil et d'échange réservé aux élèves avec surveillance d'un adulte

Les réponses de 27 personnes n'ont pas été prises en compte (ne se prononçait pas, ne savait pas ou réponse hors sujet).

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Vous sentez-vous à l'aise avec le sujet des idées suicidaires chez l'adolescent ?

- Non : 43
- Oui : 35
- Partiellement : 16
- Ne se prononce pas : 4
- Réponse hors propos : 2

Vous sentez-vous en mesure de repérer les signes de mal-être/les idées suicidaires chez un adolescent ?

- Partiellement : 52
- Oui : 25
- Non : 21
- Ne se prononce pas : 2
-

Si vous deviez interpeler quelqu'un concernant le mal-être/les idées suicidaires d'un adolescent, vers qui vous tourneriez-vous ?

<ul style="list-style-type: none">- 75 : infirmière scolaire- 39 : CPE- 25 : assistante sociale- 25 : personnel de direction- 20 : psychologue scolaire- 15 : parents	<p>Autres : 33</p> <ul style="list-style-type: none">- 9 : structure de soin- 8 : médecin- 6 : professeur principal- 5 : enseignant- 3 : surveillant- 1 : personne repère pour l'élève- 1 : sauveteur secouriste du travail
<p>Parmi les structures de soin : CMP mentionné 7 fois et les urgences mentionnées 4 fois. Parmi les médecins : médecin scolaire mentionné 4 fois, le médecin traitant 2 fois, un pédo-psychiatre 1 fois.</p>	

2 personnes ne se sont pas prononcées.

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Selon vous, à qui revient-il de faire le lien avec les parents ?

<ul style="list-style-type: none">- 68 : infirmière- 30 : CPE- 26 : personnel de direction- 18 : psychologue scolaire- 16 : assistante sociale- 16 : médecin- 11 : toute personne	<p>Autres : 17</p> <ul style="list-style-type: none">- 6 : personne dépositaire- 5 : enseignant- 3 : surveillant- 3 : professeur principal
<p>Parmi les médecins : médecin scolaire mentionné 9 fois, un pédo-psychiatre 1 fois</p>	

5 personnes ne se sont pas prononcées.

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Selon vous, à qui revient-il de faire le lien avec un professionnel de santé ?

<ul style="list-style-type: none"> - 44 : infirmière - 26 : parents - 21 : personnels de direction - 16 : CPE 	<p>Autres : 41</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 : toute personne - 8 : assistante sociale - 7 : médecin - 5 : enseignant - 3 : élève, lui-même - 3 : personne dépositaire - 1 : surveillant
<p>Parmi les médecins : médecin scolaire mentionné 5 fois</p>	

11 personnes ne se sont pas prononcées.

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Est-il facile d'aborder la question des idées suicidaires ?

Tableau 3 : Facilité à aborder la question des idées suicidaires selon l'interlocuteur

	Oui	Partiellement	Non	Ne se prononce pas
Avec vos collègues ?	68	6	22	4
Avec les parents ?	23	14	57	6
Avec les élèves ?	40	14	40	6

L'intervention d'un professionnel de santé mentale vous paraît-elle indispensable pour aider un adolescent à risque suicidaire ?

- Oui : 91
- Pas systématiquement : 4
- Non : 2
- Ne se prononce pas : 3

Avez-vous déjà observé des effets de contagion suicidaire dans votre pratique ?

- Non : 69
- Oui : 28
- Ne se prononce pas : 3

Parmi les réponses « Oui » : « les scarifications » sont évoquées 2 fois, le « suicide intra-familial » 1 fois ; « particulièrement chez les filles » 1 fois.

Selon-vous, les réseaux sociaux ont-ils un impact sur les phénomènes de contagion ?

- Oui : 91
- Non : 3
- Ne sais pas : 3
- Ne se prononce pas : 3

Quel serait-il ?

- 71 : impact négatif	- 23 : harcèlement - 14 : rapidité, emballement - 12 : effet de groupe - 9 : retour péjoratif - 8 : imitation - 7 : partage de contenu et d'idées fausses	Autres : 21 - 5 : banalisation - 5 : absence de répit - 4 : jeux morbides - 3 : mises en danger, partage de photos compromettantes - 2 : diffusion du mal-être - 1 : contagion plus diffuse - 1 : isole
- 2 : impact positif	- 1 : permet d'en parler	
- 18 : non précisé, ne se prononce pas		

Quels sont selon-vous les obstacles à la prise en charge en centre médico-psychologique ou autre établissement de santé mentale ?

- 44 : accès au soin limité	- 32 : manque de disponibilité - 6 : distance, transport - 5 : coût - 5 : défaut d'information - 4 : contrainte de temps
- 31 : refus de l'élève	- 15 : a priori du soin - 8 : honte, regard des autres - 2 : défaut de confiance - 2 : déni - 1 : confidentialité
- 21 : refus des parents	- 4 : déni, défaut de prise de conscience - 2 : peur - 2 : besoin de l'accord des parents - 1 : a priori du soin
- 5 : limites du milieu scolaire	- 4 : défaut de prise de conscience - 1 : défaut de communication - 1 : peur d'aggraver
Autres : 5 - 2 : contexte familial - 1 : Lenteur des mesures de protection - 2 : aucun obstacle	

20 personnes ne savaient pas ou ne se sont pas prononcées.

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Selon vous, quels sont les moyens à mettre en place pour promouvoir le bien être à l'école ?
 Quel type d'intervention souhaiteriez-vous ?

- 38 : favoriser la parole	- 13 : temps dédiés - 12 : cellule d'écoute - 7 : groupe de parole - 2 : forum – espace numérique
- 27 : demande de formation, d'information	- 18 : formation du personnel - 12 : information, éclairage
- 17 : sensibilisation, journées d'action	- 11 : sans spécifier - 4 : auprès des élèves - 2 : auprès des professionnels
- 16 : intervention (sans précision)	- 12 : par un professionnel de santé mentale
- 13 : ateliers	- 9 : relaxation, bien-être - 3 : estime de soi - 1 : sportif, arts martiaux
- 10 : modifier le cadre	- 2 : développer un sentiment d'appartenance, d'intégration - 2 : éducation positive - 1 : centré sur confiance en soi, estime de soi - 1 : effectifs réduits - 1 : plus de souplesse - 1 : temps de loisirs
- 7 : présence de soignants dans l'établissement	- 4 : permanence d'un professionnel de santé mentale (psychologue scolaire citée 3 fois) - 2 : augmentation des temps de présence (assistante sociale et infirmière scolaire) - 1 : pôle de santé
Autres : 10 - 2 : intervention ciblée auprès des élèves à risque - 2 : plus de moyens (plus d'offre de soin) - 1 : demander aux élèves - 1 : mise en place d'un protocole d'alerte - 1 : réunion médecine scolaire, CMP, établissement - 1 : sanction plus lourde au sujet du harcèlement - 1 : supervision, analyse des pratiques	

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

Connaissez-vous des dispositifs/outils de prévention du risque suicidaire et des phénomènes de contagion ?

- Non : 80
- Ne se prononce pas : 17
- Oui : 3 (dépistage cité une fois, numéros d'écoute cités 2 fois)

Quels sont selon vous les troubles auxquels vous feriez face dans votre exercice ?

Tableau 4 : Fréquence des troubles rencontrés chez les élèves selon un avis subjectif

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Quotidien	Ne se prononce pas
Harcèlement	0	6	34	43	13	4
Trouble du comportement	3	18	27	34	14	4
Dépression, tristesse	1	15	39	34	7	4
Hyperactivité	2	17	33	37	7	4
Hostilité	7	21	24	26	18	4
Bizarries	9	27	32	17	11	4
Phobie scolaire	2	31	46	16	1	4
Conduites auto-agressives	7	31	36	21	1	4
Consommation de toxique	12	39	26	12	7	4
Trouble du comportement alimentaire	15	32	36	12	1	4
Consommation d'alcool	15	45	23	8	5	4
Tentative de suicide, suicide	13	54	26	3	0	4

Troubles classés par cumul des scores (du plus fréquent en haut, au moins fréquent en bas)

Lesquels sont pour vous les plus problématiques ?

- 49 : harcèlement scolaire
- 38 : tentative de suicide, suicide
- 36 : consommation de toxique
- 34 : tristesse, dépression
- 31 : conduites auto-agressives
- 30 : consommation d'alcool
- 29 : trouble du comportement
- 18 : hostilité
- 17 : hyperactivité
- 16 : phobie scolaire
- 16 : trouble du comportement alimentaire
- 11 : bizarreries

Commentaires libres :

Parmi les points abordés dans les commentaires, on retiendra :

- Le rappel du manque de formation concernant le sujet

- La place de l'environnement et du contexte familial dans les problématiques de santé mentale
- Les manques : de temps, de personnel, de structures
- Le sentiment que certains points peuvent être sous-estimés : importance du travail de l'estime de soi, banalisation du mal-être, défaut de prise de conscience des passages à l'acte suicidaire chez l'adolescent
- Tout ce qui est en place et peut encore être mis en place : travail de l'intégration, du lien avec les différentes structures et intervenants, mise en action des élèves, lien de confiance avec les adolescents, espaces de parole

5.3 Résultats croisés :

Formation et sentiment de capacité à repérer les signes :

Tableau 5 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la présence d'une formation

Formation		Capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires			
		Oui	Partiellement	Non	NSPP
Oui	18	8	9	1	0
Non	82	17	43	20	2

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages parmi les personnes ayant reçu une formation et celles n'en ayant pas reçu.

Formation et sentiment d'être à l'aise avec le sujet des idées suicidaires :

Tableau 6 : Répartition des réponses au sentiment d'être à l'aise avec la question des idées suicidaires selon la présence d'une formation

Formation		A l'aise avec le sujet des idées suicidaires chez l'adolescent				
		Oui	Partiellement	Non	NSPP	Hors propos
Oui	18	7	4	7	0	0
Non	82	28	12	36	4	2

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages parmi les personnes ayant reçu une formation et celles n'en ayant pas reçu.

Formation et facilité à aborder les idées suicidaires :

Tableau 7 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la présence d'une formation

Formation	Avec les collègues			Avec les parents			Avec les élèves		
	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non
Oui 18	12	2	4	7	4	7	12	4	2
Non 82	56	4	22	16	10	56	28	10	44

Pour plus de lisibilité, les réponses « non » et « ne se prononce pas » sont regroupées sous « non ».

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages parmi les personnes ayant reçu une formation et celles n'en ayant pas reçu.

Profession et formation :

Tableau 8 : Répartition des professions selon la présence d'une formation

Formation	Profession				
	Infirmière 9	Enseignant 45	Direction 13	CPE 7	Surveillant 25
Oui	8	3	2	3	1
Non	1	42	11	4	24

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages pour chaque profession.

Profession et sentiment de capacité à repérer les signes :

Tableau 9 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la profession

Profession	Capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires			
	Oui	Partiellement	Non	NSPP
Infirmière 9	6	3	0	0
Enseignant 45	5	29	10	1
Direction 13	1	8	4	0
CPE 7	3	4	0	0
Surveillant 25	10	7	7	1

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages pour chaque profession.

Profession et sentiment d'être à l'aise avec le sujet des idées suicidaires :

Tableau 10 : Répartition des réponses au sentiment d'être à l'aise avec la question des idées suicidaires selon la profession

Profession	A l'aise avec le sujet des idées suicidaires chez l'adolescent				
	Oui	Partiellement	Non	NSPP	Hors propos
Infirmière 9	6	1	2	0	0
Enseignant 45	8	6	28	2	1
Direction 13	4	1	7	0	1
CPE 7	4	3	0	0	0
Surveillant 25	13	5	5	2	0

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages pour chaque profession.

Profession et facilité à aborder les idées suicidaires :

Tableau 11 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la profession

Profession	Avec les collègues			Avec les parents			Avec les élèves		
	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non
Infirmière 9	7	2	0	5	2	2	7	1	1
Enseignant 45	27	3	15	4	5	36	12	4	29
Direction 13	9	0	4	4	3	6	5	3	5
CPE 7	6	1	0	5	0	2	6	0	1
Surveillant 25	18	0	7	5	4	16	10	6	9

Pour plus de lisibilité, les réponses « non » et « ne se prononce pas » sont regroupées sous « non ».

Les codes couleurs correspondent aux pourcentages pour chaque profession.

Être parent et sentiment de capacité à repérer les signes :

Tableau 12 : Répartition des réponses sur la capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires selon la parentalité

Parent	Capacité à repérer les signes de mal-être et les idées suicidaires			
	Oui	Partiellement	Non	NSPP
Oui 57	16	27	12	2
Non 40	9	23	8	0

Les codes couleur correspondent aux pourcentages parmi les parents et ceux n'étant pas parent.

Être parent et sentiment d’être à l’aise avec le sujet des idées suicidaires :

Tableau 13 : Répartition des réponses au sentiment d’être à l’aise avec la question des idées suicidaires selon la parentalité

Parent	A l’aise avec le sujet des idées suicidaires chez l’adolescent				
	Oui	Partiellement	Non	NSPP	Hors propos
Oui 57	20	4	29	2	2
Non 40	14	11	14	1	0

Les codes couleur correspondent aux pourcentages parmi les parents et ceux n’étant pas parent.

Être parent et facilité à aborder les idées suicidaires :

Tableau 14 : Répartition des réponses quant à la facilité à aborder le sujet des idées suicidaires selon la parentalité

Parent	Avec les collègues			Avec les parents			Avec les élèves		
	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non	Oui	Part.	Non
Oui 57	41	3	13	18	6	33	30	5	22
Non 40	24	3	13	5	6	29	9	7	24

Pour plus de lisibilité, les réponses « non » et « ne se prononce pas » sont regroupées sous « non ».

Les codes couleur correspondent aux pourcentages parmi les parents et ceux n’étant pas parent.

5.4 Synthèse des résultats :

La majorité des personnels n’aurait pas reçu de formation intéressant la santé mentale (82% des répondants). Les plus formés seraient les infirmières scolaires (8 infirmières sur les 9 interrogées) puis les conseillers principaux d’éducation (3 sur 7). Ils auraient été formés pour la plupart lors de leurs études.

La majorité des sondés se sent concernée par le thème de la prévention en santé mentale (92%) et pense que le bien-être n’est pas suffisamment abordé (80%).

La connaissance des interventions existantes au sein de l’établissement semble limitée, cependant il est important de souligner qu’il n’y aurait que très peu d’interventions spécifiques à la santé mentale. Les interventions les plus fréquentes à ce sujet concernaient le harcèlement scolaire et la prévention des consommations de toxiques (informations issues des différents échanges avec les personnels scolaires lors de nos rencontres).

Il semblerait que la santé mentale puisse être abordée au sein de l’établissement scolaire et certains lieux comme l’infirmerie soient identifiés. Pour certaines personnes, ce sujet peut même être discuté en classe.

L’infirmière s’avérerait être la personne ressource la plus identifiée face aux problématiques de mal être ou d’idées suicidaires chez un élève. Elle semble être vue comme l’individu à solliciter en premier lieu, mais aussi en devoir de faire le lien avec l’extérieur. Les Conseillers Principaux d’Education, puis le personnel de direction, figureraient eux aussi comme des interlocuteurs privilégiés.

Le sujet des idées suicidaires chez l'adolescent a l'air délicat pour le personnel scolaire. En effet, la majorité des interrogés ne s'estime pas à l'aise avec celui-ci. Cependant, l'aborder avec les collègues et les élèves semble possible. C'est beaucoup plus difficile avec les parents. Les infirmières et les CPE semblent être les personnes pour qui l'abord des idées suicidaires, quelque soit l'intervenant, est plus aisé. On peut noter que le fait d'être parent faciliterait l'abord des idées suicidaires avec les élèves.

Environ une personne sur deux se sent partiellement capable de repérer des signes de mal-être ou des idées suicidaires chez les élèves. On retrouve les infirmières puis les CPE comme étant les personnes se sentant plus en capacité de repérer ces signes.

Pour la majorité des répondeurs, l'intervention d'un professionnel de santé mentale paraît indispensable face aux idées suicidaires (91%).

La majorité des sondés n'a jamais observé d'effet de contagion du risque suicidaire au cours de son expérience professionnelle.

Les réseaux sociaux auraient un impact négatif pour la majorité (71%). Cet impact négatif est le plus souvent mis en lien avec le harcèlement et un caractère accélérateur ou facilitateur par différents biais. L'impact des réseaux sociaux n'est vu comme positif que pour 2 interrogés. Parmi les obstacles à la prise en charge : la difficulté d'accès au soin, le refus des élèves et des parents sont les plus largement évoqués.

Concernant les moyens de promotion du bien-être, la première demande était de favoriser la parole via différents supports. L'apport d'informations paraît elle aussi importante (évoquée par plus d'un quart des personnes) : par des formations complètes ou bien des informations sur le sujet. La demande de sensibilisation ou d'intervention sans précision est souvent citée. Les professionnels de santé mentale sont régulièrement évoqués pour y participer.

Les moyens de prévention du passage à l'acte semblent particulièrement méconnus. Les troubles qui seraient le plus fréquemment rencontrés par les professionnels scolaires, dans leur ressenti, seraient le harcèlement scolaire, les troubles du comportement puis la tristesse ou dépression. Le passage à l'acte suicidaire serait le trouble le moins fréquemment rencontré, cependant il reste la préoccupation la plus importante pour les interrogés, derrière le harcèlement scolaire.

6 Discussion

6.1 Intérêt de l'étude

La réalisation de ce travail a été motivé, en premier lieu, par le ressenti d'un nombre important d'adolescents hospitalisés dans les services de pédiatrie pour une tentative de suicide parfois lié à des hospitalisations concomitantes de leurs camarades (d'un même établissement scolaire ou d'une même classe). Et en second lieu, par les résultats du dernier rapport de l'Observatoire National du Suicide qui trouve un taux d'antécédent de tentative de suicide allant jusqu'à 10% chez les adolescents de 17ans.

L'établissement scolaire est un lieu qui réunit la grande majorité des adolescents. C'est aussi un lieu de prévention. Il semblait intéressant d'aller y voir si la problématique du passage à l'acte suicidaire s'y montrait présente : en réalisant un état des lieux de la prévention actuelle mais aussi en permettant une première ouverture à la parole autour de ce sujet délicat.

6.2 Validité de l'étude

Notre étude n'est pas exempte de biais mais possède tout de même quelques points forts :

- Des critères d'inclusion larges et l'absence de critère d'exclusion, limitant le biais de sélection
- Des réponses ouvertes permettant une certaine liberté aux interrogés et une richesse qui aurait pu être amoindrie par des réponses préétablies
- Le modèle du questionnaire et l'anonymat qui permettent de limiter un biais de désirabilité sociale
- La mixité socio-économique des établissements (avec la présence de ZEP)
- Des professions diversifiées
- Un nombre de réponses relativement important

6.2.1 Biais de sélection

On peut noter certains biais de sélection :

- Un biais d'auto-sélection, les répondeurs choisissant eux-mêmes de répondre. La population interrogée pourrait donc se sentir plus concernée par la thématique abordée et donc ne pas être représentative de la population cible globale.
- Plusieurs établissements n'ont pas répondu. L'interprétation des résultats à l'ensemble du Saint-Quentinois est donc limitée.
- Le recrutement n'a été réalisé que pour les établissements de Saint-Quentin et de ses environs. Notre étude ne peut donc pas être utilisée pour conclure au niveau régional ou national.
- Certaines professions sont peu représentées et cela limite l'interprétation des résultats pour chaque profession.

6.2.2 Biais méthodologique

Les biais suivants peuvent être cités :

- Une fiabilité statistique moindre de l'étude qualitative en comparaison à l'étude quantitative
- La présentation des résultats croisés ne comporte pas d'analyse multivariée, ce qui ne permet qu'un a priori éventuel des impacts des différents facteurs étudiés.

6.3 Interprétation des résultats

6.3.1 Ouverture à l'échange

Aborder le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent avec les établissements scolaires du secondaire paraît possible. En effet, une part non négligeable d'entre eux s'est montrée ouverte à cette thématique. Malgré l'inconfort lié à ce propos, le personnel éducatif a exprimé un intérêt et une soif d'information afin d'aider les élèves en difficulté.

Il faudra retenir, cependant, une part non négligeable de refus. Les motifs de refus étaient variables mais certains chefs d'établissement ont pu exprimer leur souhait de ne pas ouvrir le débat pour ce sujet précisément. La peur d'aggraver ou de « donner des idées de suicide » semble donc être présente.

Le refus se manifeste également par une absence de réponse au questionnaire par le personnel, bien que la diffusion soit autorisée dans l'établissement.

De plus, malgré des présentations du sujet et des rencontres avec le personnel au sein des établissements, nous avons constaté un faible nombre de réponse par école (de une à dix-neuf réponses pour chaque établissement).

L'ouverture de la parole devant un tel sujet semble donc primordiale. Faciliter les échanges était la demande prépondérante concernant les moyens à promouvoir. La prévention en santé mentale se réalise dans un premier lieu par l'information et l'ouverture de la parole face à la souffrance.

L'information semble elle aussi être une demande importante. Elle fait écho au ressenti des interrogés d'être trop peu formés et parfois désarmés face à la souffrance des adolescents. L'entrée en lien avec les établissements pourrait se faire par ce biais, que cela porte sur le sujet du passage à l'acte suicidaire ou un autre sujet jugé plus fréquent ou plus problématique par les professionnels scolaires.

L'apport d'information pourrait aussi permettre d'aider les professionnels à s'autoriser la parole sur un tel sujet. Au travers des questionnaires, on remarquait qu'il était jugé difficile d'aborder la question des idées suicidaires avec un collègue pour près d'un quart des répondeurs.

6.3.2 Le passage à l'acte suicidaire en milieu scolaire

Après recueil des résultats, le passage à l'acte suicidaire serait la problématique de santé mentale la moins rencontrée en milieu scolaire. Les professionnels scolaires n'y feraient face que rarement (majorité des réponses plaçant le suicide et la tentative de suicide comme rares). Pourtant elle serait considérée par ces mêmes répondeurs comme l'une des plus problématiques. De plus, les études précédemment citées montrent une fréquence relativement importante des idées suicidaires et passages à l'acte suicidaire chez l'adolescent.

Cet écart peut-il être interprété par le tabou du sujet ? Ou encore par le fait que l'établissement scolaire n'est pas le lieu où un tel sujet soit abordable ?

On retiendra tout de même de nos expériences professionnelles le recours fréquent aux secours par les infirmières scolaires ou autre personnel des établissements scolaires pour des jeunes susceptibles d'avoir attenté à leur vie. La découverte d'un tel geste peut alors être faite par un camarade de classe ou un professionnel, face à une confession ou en étant témoin du geste.

Bien que le fait, en soi, semble rester exceptionnel, le suicide d'un élève a pu faire partie de l'histoire professionnelle de plusieurs personnes rencontrées au cours de ce travail.

Il semble important d'ajouter que si le passage à l'acte suicidaire a souvent lieu au domicile et donc rarement au sein de l'établissement, les pathologies citées fréquentes par le personnel sont très régulièrement en cause (syndrome dépressif, harcèlement scolaire, phobies...). L'intérêt d'une meilleure formation pourrait être de faciliter le lien entre les troubles rencontrés et le risque de passage à l'acte suicidaire, et donc l'alerte.

6.3.3 Les interlocuteurs clés au sein des établissements

Des professions spécifiques semblent se dégager par leurs réponses ainsi que par leur place dans l'établissement aux yeux de l'ensemble du personnel.

6.3.3.1 L'infirmière scolaire

Elle semble être l'interlocutrice préférentielle des professionnels scolaires face au mal-être et à la souffrance d'un élève. Elle a souvent été sollicitée par les directeurs lors de nos prises de contact avec les établissements.

Par sa formation de soignante (et donc liée au secret médical), elle pourrait assurer un rôle d'intermédiaire avec le milieu de la santé, qui est extérieur aux établissements scolaires.

Cependant, une majorité d'entre elles décrivent un manque de formation concernant la santé mentale (recueil des différentes rencontres). Elles seraient aussi demandeuses d'échanges supplémentaires avec les Centres Médico-Psychologiques.

Sensibiliser les IDE pourrait les aider à évaluer les liens entre les pathologies fréquemment rencontrées et le risque suicidaire. Ainsi, solliciter les CMP et prioriser les profils à risque seraient plus aisés.

6.3.3.2 Le conseiller principal d'éducation

Souvent cité en deuxième position après l'infirmière scolaire, il apparaît comme un professionnel ressource. Il serait à l'aise avec les idées suicidaires de l'adolescent et en capacité de repérer les signes de mal-être.

Son rôle en fait une figure d'autorité importante pour les élèves mais aussi un coordonnateur pour les surveillants, spectateurs de nombreux comportements d'élèves au sein de l'établissement.

Il serait donc l'un des interlocuteurs importants à prendre en compte dans une quelconque intervention de prévention.

6.3.3.3 Le personnel de direction

Il a pu se montrer concerné par cette problématique et plus largement par la santé mentale des élèves. Par sa place, il reste un interlocuteur systématique en cas de situation jugée problématique pour un élève et joue un rôle important dans l'articulation avec les systèmes de soin.

6.3.4 La place des parents

Un des points qui n'a pas été abordé dans sa globalité pourrait être le rôle des parents. Ceux-ci ne feraient pas partie des interlocuteurs privilégiés face au mal-être d'un élève. Bien qu'ils soient les responsables légaux de l'élève, le lien avec les professionnels de santé reviendrait d'abord aux infirmières, pour les interrogés.

Ils étaient souvent cités comme facteur limitant au soin ou à l'évolution favorable de l'élève. Pourtant la présence des parents est primordiale pour permettre une prise en charge médico-psychologique optimale. Une réflexion sur leur place dans la prévention en milieu scolaire pourrait s'avérer intéressante.

6.3.5 Les réseaux sociaux

Ils seraient vu comme particulièrement nocifs. Selon la majorité des interrogés, il existerait un phénomène de contagion, et ce par le biais du harcèlement et du partage de contenus dangereux ou d'idées fausses.

Le personnel éducatif semble donc penser que la communication au travers de ce médium est négative et précipitante du passage à l'acte suicidaire. Cet espace hors des murs, hors de contrôle semble inquiéter.

6.4 La contagion du suicide

C'est dans les années 1980-90 que le sociologue américain David Philipps met en évidence le phénomène de hausse du nombre de suicide après la parution d'un cas de suicide dans les médias. Il nommera ce phénomène l'effet Werther en référence à l'œuvre de Goethe publiée en 1774. En effet, on constate une augmentation du nombre de suicide à l'arme à feu alors que le roman est publié (53).

On peut constater par ailleurs des hospitalisations de plusieurs adolescentes pour tentative de suicide, et se rendre compte après enquête qu'elles appartiennent au même groupement scolaire. Les adolescents seraient plus concernés par les suicides en grappe (suicide clusters) (54). L'exposition au suicide augmente le risque de passage à l'acte suicidaire et particulièrement lorsqu'il concerne un camarade de classe (55).

Ce phénomène est bien connu (56), et rend le suicide envisageable dans l'identification au suicidé. Il a pu être mis en évidence lors du décès de célébrités par suicide, en prenant en compte les réactions sur les réseaux sociaux (57,58), ou encore dans des séries télévisuelles (59).

Le caractère effervescent des réseaux sociaux peut prendre des formes inquiétantes. En 2016, c'est en Russie que le Blue Whale Challenge voit le jour sur ce type de plate-forme. Il vise les adolescents et consiste en 50 défis à réaliser en 50 jours, avec pour objectif final le suicide (60,61). L'impact d'un tel « jeu » sur le taux de suicide n'a pas été établi.

Le programme Papageno, qui a vu le jour en France en 2014, a pour objectif de prévenir de tels phénomènes de contagion du suicide : en diffusant l'entraide et l'accès aux soins (54,62). L'un de ses programmes consiste en la rencontre des étudiants des écoles de journalisme et des internes de psychiatrie. C'est par cet échange qu'un abord moins virulent et une couverture plus sereine du suicide par les médias sont visés (63).

6.5 Prévenir le suicide

6.5.1 Prévention et contagion

Comme décrit plus avant, le suicide est contagieux et ce au travers des nombreux médias existants. Mais comme le souligne le programme Papageno, l'entraide et l'accès aux soins peuvent aussi être diffusés (62,64).

Bien que le concept de « contagion » ne soit pas clairement défini, son étude et sa clarification semblent porteurs de nombreuses applications de prévention (65).

La prise de conscience de ces phénomènes doit permettre une information associée à tout contenu mettant en scène le suicide, si l'on souhaite limiter la contagion.

Des outils tels que RISC (Risk of Imitative Suicide scale) ou le MoVIES (Movies and Videos : Identification and Reactions to Suicide) permettraient une meilleure évaluation du risque potentiel d'un contenu et donc de prévoir une information de prévention adaptée (66,67).

L'intérêt porté aux réseaux sociaux pourrait développer le dépistage des utilisateurs à risque de passage à l'acte suicidaire et faciliter le contact avec le soin (68,69). L'enjeu est donc d'utiliser à des fins de prévention les spécificités des réseaux sociaux, tels que l'anonymat et l'accès ou diffusion rapide des informations. Ces mêmes spécificités qui en font des lieux difficilement contrôlables (70). Nous y reviendrons plus loin en y détaillant un projet précis.

6.5.2 Les dispositifs de veille et de recontact

Le recontact téléphonique ou par carte postale, en anglais brief contact interventions (BCIs), a montré des résultats au travers de trois méta-analyses. La première témoigne d'une efficacité relative avec un impact sur la récurrence suicidaire à 12 mois mais pas à 24 mois (71). Dans les deux autres études, les résultats sont en faveur du même impact sur la récurrence suicidaire avec cependant des résultats différents, les outils BCI étant différents (72,73).

En France, un tel programme est mis en place depuis 2015 dans une partie des Hauts de France, et est à l'initiative du CHU de Lille. Celui-ci est dénommé Vigilans. Les résultats de la dernière évaluation de ce dispositif suggèrent qu'une pénétrance de 25% pourrait diminuer le nombre de passage à l'acte de 41% (74). Le lien entre pénétrance et diminution du nombre de passage à l'acte est clairement établi.

Un algorithme du nom de AlgoS est actuellement à l'étude, son objectif étant de personnaliser le type de recontact en fonction du profil du suicidant afin d'augmenter l'efficacité de cet outil de prévention (75).

Les applications des dispositifs de veille et de recontact chez l'adolescent paraissent encourageantes (76).

6.5.3 Prévention et réseaux sociaux

Comme on le notait plus avant, au travers des résultats de notre étude, les réseaux sociaux auraient une image négative quant à leur rôle dans le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent. Cependant, de nombreux cliniciens voient un potentiel préventif et un dispositif d'accès au soin via les réseaux sociaux. Un tel projet, nommé ELIOS (Equipe en Ligne d'Intervention et

d'Orientation pour la prévention du Suicide), est actuellement mis en œuvre et en cours d'évaluation. Ce dispositif, promu par le programme Papageno, sera niché au sein du centre Vigilans du CHU de Lille. Il est la création du Dr Notredame et de son équipe.

ELIOS sera formé d'une équipe de web-cliniciens (psychologues et infirmiers) qui pourront être contactés par des jeunes en cas d'idées suicidaires, et ce, via les réseaux sociaux. Il permettrait un premier accès au soin, pensé plus aisé pour les adolescents, puis un éventuel relais vers les services conventionnels (77).

6.5.4 Le plan de sécurité

Le plan de sécurité, développé par le Dr Stanley, se pose comme un nouvel outil de prévention de la récurrence suicidaire (78). Il prend naissance dans la thérapie comportementale dialectique développée par le Dr Linehan, adressée aux patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (émotionnellement labile) (79,80). Dans cette thérapie, un des points concerne la gestion de crise et peut utiliser ce plan de sécurité (81). Dans son application à la population adolescente, ce dernier consiste en un contrat engagé avec soignants, proches de l'adolescent et l'adolescent. Contrat dans lequel chacun s'engage à intervenir selon une hiérarchie des réponses.

L'identification de la symptomatologie annonciatrice de crise ou d'idées suicidaires en est un premier niveau. Le deuxième niveau correspond aux réponses personnelles ou stratégies de coping, suivi en troisième lieu par le recours à un ou plusieurs tiers, et enfin, en dernier lieu par le recours aux soignants.

Stanley et al. ont pu mettre en évidence une diminution de 45% des comportements suicidaires pour les adolescents ayant bénéficiés du plan de sécurité, en comparaison au groupe témoin (population anglophone) (82).

Une application francophone de la thérapie dialectique et comportementale de l'adolescent avec utilisation de ce plan est proposée par Labbelle et Jannelle (80). Son intérêt y est décrit au travers d'un cas clinique.

Concernant la population française, Garny de la Rivière et al. mettent en avant l'applicabilité de la thérapie dialectique et comportementale auprès des adolescents, et donc celle du plan de sécurité (83).

6.5.5 Les sentinelles

La formation de sentinelles est originaire du Canada. Son but est de former des personnes, qui ne sont pas des cliniciens, à repérer et accompagner les personnes présentant une vulnérabilité suicidaire (84).

Isaac et al. mettent en évidence une efficacité d'un tel programme sur le taux de suicide mais ce résultat n'est pas significatif (85).

Dans son rapport de 2018, l'institut national de santé publique du Québec fait part de l'efficacité concernant l'apport de connaissances. Cependant ses effets sont limités dans le temps et ne semblent pas influencer les comportements suicidaires (86). Une revue systématique plus récente, intéressant le milieu scolaire principalement et le risque de passage à l'acte suicidaire chez les adolescents, fait le même constat (87).

Paradoxalement, Sareen et al. témoigne de l'effet délétère d'un programme de sentinelle qui aurait majoré les taux d'idéations suicidaires, mais de façon non significative (88). Cette étude n'intéressait pas le milieu scolaire.

En France, le GEPS (groupement d'étude et de prévention du suicide) est à l'initiative de telles formations, dont le déploiement est à la charge de l'ARS (84).

6.5.6 La maison des adolescents

Les Maisons des Adolescents (MDA) jouent elles aussi un rôle majeur en offrant un espace privilégié à l'adolescent et en prenant en compte ses spécificités. La MDA est une plateforme d'accueil et d'orientation, un centre de ressource pour les jeunes et leur entourage, mais aussi un lieu de prévention et de coordination (89).

La première fut créée en 1999 par l'équipe du Pr Fuseau (90). Aujourd'hui, en France, seuls les départements de l'Oise et de l'Aisne n'en seraient pas pourvus (91).

Les MDA sont soumises à un cahier des charges à l'initiative du Ministère de la Santé et de la solidarité.

Une telle structure est régulièrement confrontée au risque suicidaire chez l'adolescent, et est en capacité de l'identifier tout en proposant une prise en charge optimale via son équipe pluridisciplinaire et les liens qu'elle entretient avec le système de soin. Par ailleurs, son rôle en matière de prévention peut l'amener à rencontrer différentes institutions, et notamment les établissements scolaires. Différents types d'interventions peuvent alors être envisagées au sein de ces établissements (91).

6.5.7 Les associations

Il paraît important de prendre en compte le travail de multiples associations s'intéressant à la prévention du suicide et à l'aide des personnes en détresse.

Spécifiques ou non à la question du suicide, elles permettent la diffusion des moyens de contact et d'aide, de sortir du silence, d'aider à la prise de conscience solidaire.

On peut alors citer l'Union National pour la Prévention du Suicide (UNPS), Sos Suicide, Suicide Ecoute, l'association PHARE ou encore SOS Amitié.

6.5.8 Un exemple de programme en milieu scolaire : SEYLE et YAM

Le SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) est à l'initiative de plusieurs projets s'intéressant à la santé mentale des jeunes en Europe (92).

Dans une de leurs études, Wasserman et al. s'intéressent à trois types d'interventions dans 168 écoles européennes et ont mis en évidence l'impact du programme YAM (Youth Aware of Mental Health). Le programme YAM consiste en la mise en place d'ateliers au sein d'une classe, à raison de 5 heures réparties sur 3 semaines. Il aurait permis une baisse d'environ 50% des idéations suicidaires et des tentatives de suicides chez les adolescents en ayant bénéficié (93). Le nombre de formateurs, suédois pour la plupart, reste faible. Les limites de son développement pourraient s'expliquer par le coût financier (2300 euros), le lieu et la langue de formation (deux formations par an, à Stockholm et en anglais).

6.5.9 Tableau récapitulatif

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des moyens de prévention applicables aux adolescents selon le lieu.

	Hauts de France	France	Monde
Dispositif de recontact	VigilanS (Nord, Pas de Calais, Saint-Quentin)	VigilanS De nombreuses régions concernées, en cours de déploiement national	
Dispositif numérique	ELIOS		
Plan de sécurité	CHU Amiens pilote de l'étude (en lien avec CHU Lille, CH Abbeville, CH St-Quentin)		Initialement Etats-Unis (anglophone) Canada (version francophone)
Sentinelles	Formation éparse de différents professionnels	Déploiement à l'échelle nationale par le GEPS via l'ARS	Canada
Maison des adolescents	Particularité de l'absence de MDA dans l'Aisne et l'Oise	Dispositif généralisé en France	
Dispositifs d'écoute		Différentes associations	
YAM			Formation suédoise (deux par an à Stockholm, en anglais)

7 Conclusion :

Le passage à l'acte suicidaire interpelle, que ce soit par sa nature violente ou les questions qui l'accompagnent. Il impacte les soignants comme les familles. Sa prévention est devenue un objectif majeur de santé publique à l'échelle nationale comme internationale. Des milliers d'études aident à sa compréhension, encore partielle, et des moyens de prévention voient le jour.

Les mineurs ne sont pas épargnés par cette problématique et le suicide résonne avec encore plus de violence quand il concerne les jeunes en construction. L'abord d'une telle problématique peut s'avérer délicat, y compris dans un lieu où se rassemble la grande majorité des adolescents comme l'établissement scolaire.

Cependant, concernant le milieu scolaire, il est important de noter une ouverture possible à la discussion concernant un tel sujet et donc des perspectives d'actions importantes. La formation actuelle des professionnels scolaires paraît limitée concernant ce phénomène (et plus largement concernant la santé mentale des jeunes) mais une réelle demande se manifeste.

Le partage d'information, et avec comme supports les différents moyens et outils de prévention, semble envisageable. Cela pourrait permettre aux élèves de trouver un espace où aborder leur souffrance et leurs éventuelles idéations suicidaires. Et ce, en assurant une certaine sécurité aux professionnels scolaires, du fait des différents moyens à disposition.

Prévenir le suicide c'est autoriser la parole pour chacun et combattre les mythes qui y sont associés.

La mise en place d'un programme spécifique à la prévention du passage à l'acte suicidaire, en milieu scolaire, devra prendre en compte les spécificités de ce milieu et la singularité de chaque établissement. Des actions de prévention plus larges, concernant la santé mentale, pourraient être l'occasion d'une première accroche avec les établissements réticents.

8 Références bibliographiques :

1. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
2. Observatoire national du suicide (France). SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 2018.
3. Eduscol.education [En ligne]. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté - Le CESC : sa composition, ses missions; [cité le 27 mai 2020]. Disponible: <https://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html>
4. De Leo D, Kerr S, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 1 févr 2006;27:4-15.
5. Moron P. Le suicide. Dans: Paris, France : PUF; 1975. p. 12.
6. Jerphagnon L. Grisé (Yolande). Le suicide dans la Rome antique. *Revue belge de Philologie et d'Histoire*. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1985;63(1):149-51.
7. Martin Monestier. Suicides. Histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire des origines à nos jours. Le Chercher Midi; 1995.
8. CNRTL [En ligne]. SUICIDE : Etymologie de SUICIDE; [cité le 2 févr 2020]. Disponible: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/suicide>
9. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. World Health Organization; 2015.
10. CIM-10FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10ème révision). Lyon. 2020. Disponible sur le site www.atih.sante.fr.
11. ICD.WHO [En ligne]. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics; [cité le 2 févr 2020]. Disponible: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
12. Vandevorde J. Psychopathologie du suicide. Dunod; 2013. p2-3.
13. Cepidc.inserm [En ligne]. Inserm. Interroger les données de mortalité; [cité le 2 févr 2020]. Disponible: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
14. DREES. Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes et Résultats*. 2006;(488):8.
15. Pan Y-J, Liao S-C, Lee M-B. Suicide by charcoal burning in Taiwan, 1995–2006. *Journal of Affective Disorders*. 1 janv 2010;120(1):254-7.
16. Yip PSF, Lee DTS. Charcoal-Burning Suicides and Strategies for Prevention. *Crisis*. Hogrefe Publishing; 1 janv 2007;28(S1):21-7.
17. Fusé T. Suicide and culture in Japan: A study of seppuku as an institutionalized form of suicide. *Soc Psychiatry*. 1 juin 1980;15(2):57-63.

18. Rankin A. Seppuku: A History of Samurai Suicide. Kodansha USA; 2012.
19. Janssen E, Spilka S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolutions depuis 2011. 2019;9.
20. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Éditions INPES; 2007.
21. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2003;33(3):395-405.
22. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1 févr 2006;256(1):17-27.
23. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation.* déc 2008;17(8):783-9.
24. Beautrais AL. Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study. *AJP.* 1 juin 2003;160(6):1093-9.
25. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders.* 2005;7(6):525-35.
26. Wenzel A, Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *Behav Ther (N Y N Y).* oct 2012;35(7):121-30.
27. Lafleur C, Seguin M. Intervention en situation de crise suicidaire. Québec : Les Presses de l'université de Laval ; 2008.
28. ANAES. La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. [En ligne]. 2001 [cité le 16 févr 2020]. Disponible: <http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
29. Shea SC. Evaluation du potentiel suicidaire. Paris : Elsevier Masson ; 2008.
30. Witte TK, Joiner Jr. TE, Brown GK, Beck AT, Beckman A, Duberstein P, et al. Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of Affective Disorders.* 2006;94(1-3):165-72.
31. Joiner TE, Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behav Res Ther.* déc 2003;41(12):1469-80.
32. Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller H-J, Rujescu D, et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res.* déc 2009;43(16):1262-71.
33. Seidlitz L, Conwell Y, Duberstein P, Cox C, Denning D. Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *Journal of Affective Disorders.* 1 oct 2001;66(2):123-31.

34. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. mars 2004;161(3):562-3.
35. Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *The British Journal of Psychiatry*. nov 2005;187(5):470-5.
36. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord*. janv 2008;105(1-3):25-33.
37. Inoue K, Tanii H, Fukunaga T, Abe S, Nishimura F, Kimura Y, et al. The importance of the frequency of suicide attempts as a risk factor of suicide. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 janv 2008;15(1):24-6.
38. Angot C. Devenir psychosocial à 10 ans de 249 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy. :161.
39. Morasz L, Danet F. *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Dunod; 2008.
40. Paris J. Predicting and preventing suicide: do we know enough to do either? *Harv Rev Psychiatry*. oct 2006;14(5):233-40.
41. Rock D, Greenberg D, Hallmayer J. Season-of-birth as a risk factor for the seasonality of suicidal behaviour. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 mars 2006;256(2):98-105.
42. Cailhol L, Moraru R, Barbe R, Moncany A-H, Garcin S, Lazignac C, et al. Month of birth, a risk factor for violent behaviour in suicidal patients admitted in emergency? *Psychiatr Q*. juin 2009;80(2):125-30.
43. Mittendorfer-Rutz E, Wasserman D, Rasmussen F. Fetal and childhood growth and the risk of violent and non-violent suicide attempts: a cohort study of 318,953 men. *J Epidemiol Community Health*. févr 2008;62(2):168-73.
44. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord*. août 2009;116(3):208-13.
45. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, Social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(s377):65-72.
46. Kahn J-P, Cohen RF, Tubiana A, Legrand K, Wasserman C, Carli V, et al. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 5 févr 2020;
47. Mirkovic B, Labelle R, Guilé J-M, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A, et al. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study. *Can J Psychiatry*. févr 2015;60(2 Suppl 1):S37-45.
48. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé J-M, Consoli A, et al. Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 12 févr 2020

49. Labelle R, Breton J-J, Berthiaume C, Royer C, Raymond S, Cournoyer M, et al. Psychometric Properties of Three Measures of Protective Factors for Depression and Suicidal Behaviour Among Adolescents. *Can J Psychiatry*. févr 2015;60(2 Suppl 1):S16-26.
50. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin; 2016. p13-17
51. Singly F de. *Le questionnaire*. 4ème. Armand Colin; 2016.
52. Kivits J. Chapitre 6 - Le recueil de données qualitatives. *Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives*.
53. Prévention Suicide [En ligne]. Effet Werther | Prévention des suicides; [cité le 17 févr 2020]. Disponible: <http://www.preventionsuicide.info/medias/werther.php>
54. Hawton K, Hill NTM, Gould M, John A, Lascelles K, Robinson J. Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. janv 2020;4(1):58-67.
55. Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 9 juill 2013;185(10):870-7.
56. Colman I. Responsible reporting to prevent suicide contagion. *CMAJ*. 30 2018;190(30):E898-9.
57. Ueda M, Mori K, Matsubayashi T, Sawada Y. Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*. sept 2017;189:158-66.
58. Fahey RA, Matsubayashi T, Ueda M. Tracking the Werther Effect on social media: Emotional responses to prominent suicide deaths on twitter and subsequent increases in suicide. *Social Science & Medicine*. 1 déc 2018;219:19-29.
59. Notredame C-E, Grandgenèvre P, Vaiva G, Séguin M. At least one more reason why. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. févr 2018;27(2):259-60.
60. Blue Whale Challenge. Dans: Wikipédia [En ligne]. 2020 [cité le 17 févr 2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Blue_Whale_Challenge&oldid=167050046
61. Pédiate Online [En ligne]. Le défi morbide de la baleine bleue Blue Whale Challenge: le dur passage de l'adolescence pouvant mener au suicide; 26 mars 2017 [cité le 17 févr 2020]. Disponible: <http://www.pediatre-online.fr/adolescents/defi-morbide-de-baleine-bleue-blue-whale-challenge-dur-passage-de-ladolescence-pouvant-mener-suicide/>
62. Papageno Suicide [En ligne]. Papageno P. Papageno Suicide; [cité le 17 févr 2020]. Disponible: <https://papageno-suicide.com/>
63. Notredame CE. Papageno program: When learners collaborate for a safer coverage of suicide. *European Psychiatry*. mars 2016;33:S29.
64. Notredame C-E. L'effet papageno pour prévenir la contagion suicidaire. 2017.

65. Cheng Q, Li H, Silenzio V, Caine ED. Suicide contagion: a systematic review of definitions and research utility. *PLoS ONE*. 2014;9(9):e108724.
66. Gauld C, Wathelet M, Medjkane F, Pauwels N, Bougerol T, Notredame C-E. Construction and Validation of an Analytical Grid about Video Representations of Suicide (“MoVIES”). *IJERPH*. 3 août 2019;16(15):2780.
67. Nutt R, Kidd B, Matthews K. Assessing the Adherence to Guidelines of Media Reporting of Suicide Using a Novel Instrument--the « Risk of Imitative Suicide Scale » (RISc). *Suicide Life Threat Behav*. juin 2015;45(3):360-75.
68. Notredame C-E, Grandgenèvre P, Pauwels N, Morgiève M, Wathelet M, Vaiva G, et al. Leveraging the Web and Social Media to Promote Access to Care Among Suicidal Individuals. *Front Psychol* [En ligne]. 2018 [cité le 17 févr 2020];9. Disponible: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01338/full>
69. Notredame C-E, Morgiève M, Morel F, Berrouiguet S, Azé J, Vaiva G. Distress, Suicidality, and Affective Disorders at the Time of Social Networks. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2019;21(10):98.
70. Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry*. avr 2016;10(2):103-21.
71. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 avr 2015;175:66-78.
72. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*. mars 2015;206(3):184-90.
73. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*. juin 2017;210(6):396-402.
74. Fossi Djembi L, Vaiva G, Debien C, Duhem S, Demarty A-L, Koudou Y-A, et al. Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC Psychiatry*. 28 janv 2020;20(1):26.
75. Messiah A, Notredame C-E, Demarty A-L, Duhem S, Vaiva G, on behalf of AlgoS investigators. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. Riblet N, rédacteur. *PLoS ONE*. 1 févr 2019;14(2):e0210778.
76. Notredame C-E, Medjkane F, Porte A, Desobry O, Ligier F. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S32-4.
77. Echange avec le Dr Charles-Edouard Notredame. 2020.

78. Stanley B, Brown G, Brent D, Wells K, Curry J, Kennard BD, et al. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability. 2010;17.
79. Cottraux J. *Thérapie Cognitive Et Emotions*. Elsevier Health Sciences; 2014. 226 p.
80. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. *Perspectives Psy*. EDP Sciences; 23 nov 2012;Vol. 51(4):374-85.
81. Stanley B, K. Brown G. *Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*. 2008;21.
82. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. American Medical Association; 1 sept 2018;75(9):894-900.
83. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 févr 2017;65(1):5-13.
84. GEPS ASSO [En ligne]. GEPS - Formation Nationale; [cité le 1 mars 2020]. Disponible: <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=111>
85. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik S-L, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*. avr 2009;54(4):260-8.
86. Roberge M-C, Bouguezour N, Maurice P, Dubé M, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, et al. Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec: étude descriptive [En ligne]. 2018 [cité le 1 mars 2020]. Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3556376>
87. Torok M, Calcar AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*. juin 2019;73:100-12.
88. Sareen J, Isaak C, Bolton S-L, Enns MW, Elias B, Deane F, et al. Gatekeeper Training for Suicide Prevention in First Nations Community Members: A Randomized Controlled Trial. *Depression and Anxiety*. 2013;30(10):1021-9.
89. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. DGOS. Les maisons des adolescents; 1 mars 2020 [cité le 1 mars 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/les-maisons-des-adolescents>
90. Maison des adolescents. Dans: Wikipédia [En ligne]. 2020 [cité le 4 juin 2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maison_des_adolescents&oldid=171254916
91. Echange avec Mme Sabine Dauchet, directrice de la Maison Des Adolescents d'Amiens. 2020.

92. SEYLE. Seyle final report for the european commission deliverable 1.4. 2012.
93. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 18 avr 2015;385(9977):1536-44.

9 Annexes

Annexe 1 : Modèle du questionnaire diffusé

Auto-questionnaire à l'attention des professionnels scolaires

Prévention en santé mentale dans les milieux scolaires du secondaire : risque suicidaire et contagion

Bastien Paluch, je suis interne en psychiatrie (4ème année), actuellement en fonction au CMP de Saint-Quentin. Je m'intéresse à la prévention du risque suicidaire en milieu scolaire.

Ce questionnaire a pour objectif principal de renseigner la prévention au sein des établissements scolaires du saint-quentinois, et de permettre un travail de thèse et une éventuelle publication.

Le suicide, acte de se donner la mort volontairement, est l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescent.

En France, un adolescent sur dix a déjà fait une tentative de suicide (1).

L'adolescent passant la plupart de son temps à l'école, interroger les professionnels des établissements scolaires paraît primordial. L'objectif secondaire est de renforcer les liens entre professionnels de santé et scolaires, d'apporter un soutien par le biais d'outils de prévention, de permettre l'élaboration de réponses aux difficultés rencontrées dans les écoles face aux comportements suicidaires.

- 1) Dans quel établissement exercez-vous ?
- 2) Exercez-vous dans un autre établissement ? Oui Non
 1. Si oui, lequel ?
- 3) Quel est :
 1. Votre profession ?
 2. Votre âge ?
 3. Votre sexe ? Homme Femme
 4. Avez-vous des enfants ? Oui Non
- 4) Vous sentez-vous concerné par ce thème qu'est la prévention en santé mentale, en tant que professionnel ? Oui Non
- 5) Avez-vous bénéficié de formations intéressant la santé mentale ?
 1. Oui Non
 2. A quand remonte cette dernière formation ?
 3. Par qui a-t-elle été dispensée ?
 4. Sous quelle forme ?
- 6) Etes-vous au fait des différentes interventions ayant eu lieu en terme de santé mentale dans votre établissement ? Oui Non Partiellement
- 7) La question du bien être vous paraît-elle suffisamment abordée ? Oui Non
- 8) Dans quel lieu la question de la santé mentale peut-elle être abordée ?
- 9) Vous sentez-vous à l'aise avec le sujet des idées suicidaires chez l'adolescent ?
- 10) Vous sentez-vous en mesure de repérer les signes de mal-être/les idées suicidaires chez un adolescent ?
- 11) Si vous deviez interpeller quelqu'un concernant le mal-être/les idées suicidaires d'un adolescent, vers qui vous tourneriez-vous ?
- 12) Selon vous, à qui revient-il de faire le lien avec les parents ?

- 13) Selon vous, à qui revient-il de faire le lien avec un professionnel de santé ?
- 14) Est-il facile d'aborder la question des idées suicidaires,
1. Avec vos collègues ?
 2. Avec les parents ?
 3. Avec les élèves ?
- 15) L'intervention d'un professionnel de santé mentale vous paraît-elle indispensable pour aider un adolescent à risque suicidaire ?
- 16) Avez-vous déjà observé des effets de contagion suicidaire dans votre pratique ?
- 17) Selon-vous, les réseaux sociaux ont-ils un impact sur les phénomènes de contagion ?
1. Si oui, quel serait-il ?
- 18) Quels sont selon vous les obstacles à la prise en charge en centre médico-psychologique ou autre établissement de santé mentale ?
- 19) Selon vous, quels seraient les moyens à mettre en place pour promouvoir le bien-être à l'école ?
- 20) Quel type d'intervention souhaiteriez-vous ?
- 21) Connaissez-vous des dispositifs/outils de prévention du risque suicidaire et des phénomènes de contagion ?
- 22) Quels seraient selon vous les troubles auxquels vous feriez face dans votre exercice ?
Merci de renseigner pour chaque trouble si c'est au Quotidien, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais
1. Harcèlement scolaire
 2. Phobie scolaire
 3. Hyperactivité
 4. Tristesse, dépression
 5. Tentative de suicide, suicide
 6. Conduites auto-agressives (scarifications...)
 7. Troubles du comportement
 8. Hostilité
 9. Bizarreries
 10. Troubles du comportement alimentaire
 11. Consommation de toxique (cannabis, autres drogues)
 12. Consommation d'alcool
- 23) Lesquels sont pour vous les plus problématiques ?

Commentaires libres :

(1) Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention du suicide à l'adolescence. Paris ; 2018

PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE DE L'ADOLESCENT : UN ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES EN MILIEU SCOLAIRE

Enquête par auto-questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires

Résumé

Introduction : En France, on estime que près d'un adolescent sur 10 aurait déjà fait une tentative de suicide. Un certain nombre d'entre eux semble échapper au système de soins. Les collèges et lycées sont fréquentés quotidiennement par des millions d'élèves. Nous nous sommes donc intéressés à la question du suicide en milieu scolaire. Tout d'abord, dans quelle mesure peut-on parler du suicide dans ces établissements ? Puis, la prévention étant un enjeu éthique et économique, comment celle-ci pourrait s'y inscrire ? L'objectif principal de cette étude était la réalisation d'un état des lieux des connaissances concernant le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent auprès des professionnels scolaires.

Matériel et méthode : démarche exploratoire qualitative, par le biais d'un questionnaire auprès de 100 professionnels scolaires exerçant dans 12 collèges et lycées du secteur de Saint-Quentin dans l'Aisne

Résultats : Le manque de connaissances intéressant la santé mentale ainsi qu'une réelle demande de formation ont pu être mis en évidence. Le sentiment d'être concerné par ce thème et les demandes d'ouverture de parole, d'information et d'échanges semblent porteurs pour la mise en place d'interventions futures. Des interlocuteurs clés semblent se démarquer, notamment l'infirmière scolaire et le CPE.

Conclusion : Bien que le passage à l'acte suicidaire soit un sujet délicat, une ouverture à des actions de prévention en milieu scolaire semble possible. Une action de prévention spécifique au passage à l'acte suicidaire devra prendre en compte la singularité de chaque établissement.

Mots clés : Suicide, Tentative de suicide, Prévention, Psychiatrie adolescent, Etablissements scolaires

Abstract

Introduction : In France, it is estimated that almost one out of ten adolescent has already attempted suicide. Some of them seem to elude the health care system. Secondary schools gather millions of students. Therefore, we were interested about the view of suicide in the school environment. First of all, to what extent can we talk about suicide in those establishments ? Then, being an ethical and economical issue, how can suicide prevention find a place there ? The main purpose of this study was to give a picture of the knowledge about the adolescent's suicidal act, among the educational staff.

Material and method : a qualitative investigation, through a staff survey. We collected 100 responses from 12 secondary schools located in the area of Saint-Quentin.

Results : We were able to highlight the lack of knowledge concerning mental health and a request for training about the subject. Globally, the staff feels concerned by the subject and asks for an open speech and exchange. School nurses and principal educational advisers (no clear translation could be found for CPE) appear as key partners.

Conclusion : Although the act of suicide is a sensitive subject, perspectives of preventive action in the school environment seem possible. A specific preventive action about the suicidal act will need to take each school's specificity into account.

Keywords : Suicide, Suicide attempt, Prevention, Adolescent psychiatry, Schools