



Le risque suicidaire et les adolescents

**Quelques repères
pour les directeurs et enseignants du secondaire
face à une problématique complexe¹**

¹ Texte d'origine conçu et réalisé en 1997 par le centre de santé mentale CLIPS,
Clinique des comportements violents, 4020 LIEGE.
(D. Thys-Doneux, psychologue et M. Korn, neuropsychiatre ; coordination scientifique : Prof. P. Thys).
Révision de 2011 par les mêmes auteurs.



**Province
de Liège**

Social

Personne n'a demandé à naître

mais une fois que la chose est faite, nous faisons un choix conscient et inconscient d'exister, en nous créant de bonnes raisons de vivre. Et tant qu'à vivre, autant le faire avec dignité, avec passion et tant mieux si la gaieté, la responsabilité, l'altruisme et le sens démocratique viennent à s'y ajouter !

Et sachant que le dépressif voire le suicidaire d'aujourd'hui est parfois l'enthousiaste et le battant de demain, essayons d'être à l'écoute de ce sujet en souffrance et, dans un mouvement humanitaire et citoyen, tentons de l'amener à espérer à nouveau dans un projet de vie dont il ait la maîtrise ! La prévention du suicide n'est pas aisée mais le suicide reste un acte spécifiquement humain.

Katty FIRQUET

Députée provinciale
en charge des Affaires Sociales



PREVENIR LE SUICIDE ? C'EST POSSIBLE !

• Des idées qui courent sur les comportements suicidaires.....4

• Généralités sur la tentative de suicide et le suicide abouti :

- Avant-propos.5
- Des mots et des concepts en matière de suicide.7
- Le sens du geste suicidaire abouti est variable et énigmatique.7
- Une prévention possible.8

• Les adolescents et les tentatives de suicide :

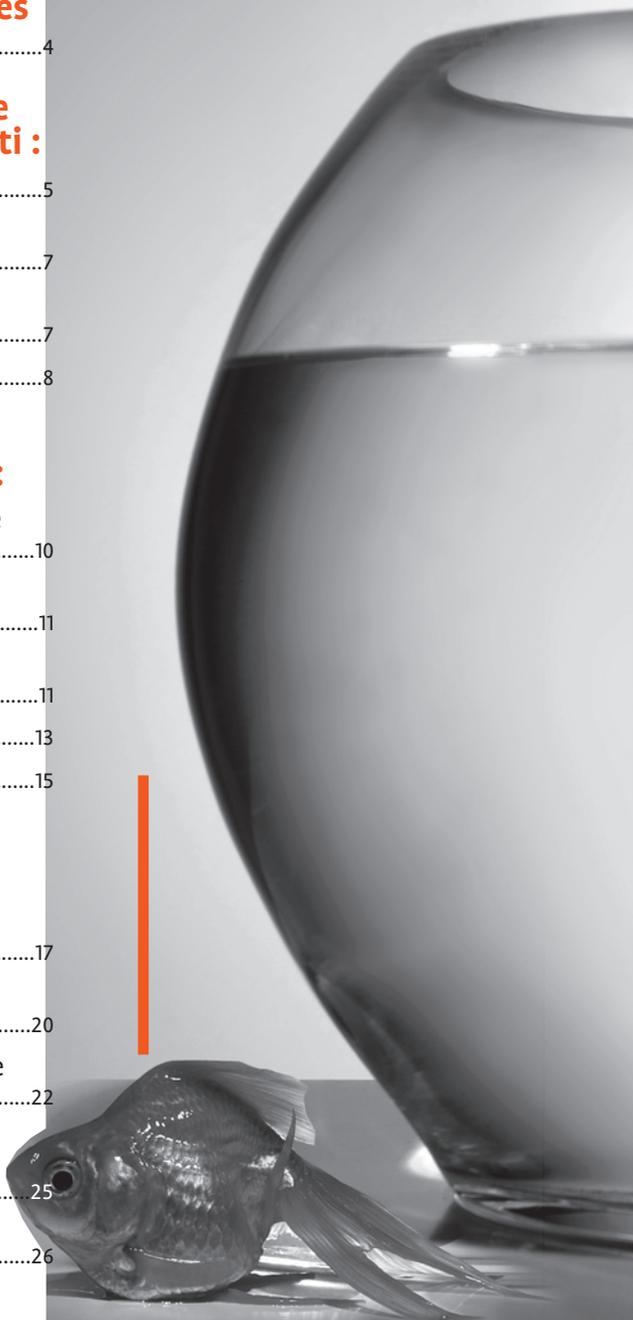
- L'adolescence en tant que phénomène de passage difficile.10
- Le spleen de l'adolescent n'est pas forcément la dépression.11
- Les manifestations de souffrance de l'adolescent.11
- Les causes du phénomène suicidaire.....13
- De l'état dépressif au désir de mort.15

• L'intervention : pourquoi et comment :

- L'enseignant face à la morosité et au découragement de l'élève.17
- L'enseignant face à un état dépressif avec expression de désirs de mort.20
- L'enseignant face à un passage à l'acte suicidaire.22

• Quelques références bibliographiques.....25

• Quelques adresses utiles26



DES IDÉES QUI COURENT SUR LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.

LE SUICIDE EST SOUDAIN ET IMPREVISIBLE :

Faux ! La plupart du temps, le suicide est l'aboutissement d'une évolution progressive.

8 fois sur 10, les personnes qui se suicident donnent certains signes de leurs intentions ; les jeunes se sont souvent confiés à un copain ou ont écrit leur projet (blog, Facebook, SMS).

IL FAUT ETRE ATTEINT D'UNE MALADE MENTALE POUR SE SUICIDER :

Faux ! 95% des jeunes qui se suicident ne sont pas des malades mentaux mais des personnes traversant une période de désespoir important, au cours de laquelle ils n'entrevoient plus que leur propre disparition pour résoudre leurs difficultés à vivre.

IL FAUT DU COURAGE POUR SE SUICIDER :

Faux ! Dans la majorité des suicides courants, il n'est question ni de courage ni de lâcheté. Simplement, la personne suicidaire n'entrevoit pas, à ce moment de son existence, d'autre issue à sa détresse profonde que de s'effacer, de n'être plus là, de ne plus penser.

TOUT LE MONDE, Y COMPRIS UN ADOLESCENT, A LE DROIT DE MOURIR :

Faux ! L'adolescent recherche un répit à sa souffrance, tout en continuant souvent et pendant tout un temps, à émettre des signes directs ou indirects d'appel à l'aide.

Il est coincé dans une situation de « tout ou rien » et n'arrive pas à exercer un choix raisonné, vu qu'il est encore au seuil de son existence et qu'il n'en perçoit pas toutes les nuances.

BEAUCOUP DE TENTATIVES DE SUICIDE SONT BANALES :

Faux ! Même si de très nombreuses tentatives de suicide sont bénignes dans leurs conséquences immédiates, toute tentative de ce type doit être prise au sérieux car elle est le signe d'une problématique que le geste auto-agressif n'a pas résolue mais tout au plus désamorcée pendant un bref laps de temps. Tout acte suicidaire est un acte communicationnel : un relais vers une aide personnalisée est indispensable.

QUAND ON PARLE DE SUICIDE, ON NE LE FAIT PAS :

Faux ! Au moins la moitié des suicidaires ont, dans les mois qui précèdent l'acte fatal, montré divers signes de détresse (propos, menaces ou comportements) qui pouvaient attirer l'attention d'autrui.

C'EST DU CHANTAGE !

Même si certains passages à l'acte suicidaire comportent une forme de pression plus ou moins manipulateur sur l'entourage qui peut nous impliquer - ce que nous supportons généralement mal -, ils n'en demeurent pas moins des expressions de la souffrance humaine, à laquelle nous pouvons souvent prêter assistance en tant que citoyens.



GÉNÉRALITÉS SUR LA TENTATIVE DE SUICIDE ET LE SUICIDE ABOUTI.

Avant-propos.

Sur le plan légal :

Sorti des jugements moraux et pénaux du 19e siècle, le suicide comme tel est, en Belgique, un acte légalement permis et personne n'est poursuivi pour avoir attenté à ses jours.

Dans certains cas de dégradations matérielles ou d'immobilisations forcées (retard d'un train,...) liées aux actes suicidaires, des dommages et intérêts peuvent toutefois être réclamés auprès des héritiers.

Sur le plan des réactions personnelles au phénomène :

Dès qu'on s'écarte de ces considérations legalistes, on imagine toute la complexité du phénomène suicidaire, et la confrontation à des idées, des propos, des actes suicidaires génère d'emblée un malaise chez tout un chacun. Face à un adolescent, l'adulte peut encore éprouver un trouble car l'adolescent reste quelque part pour lui « le miroir insoutenable » de tout ce qu'il n'a pas bien « digéré » autrefois.

Diverses stratégies sont possibles : on peut vouloir écarter le thème des idées ou des actes suicidaires comme s'il s'agissait d'un sujet tabou ou incongru parce qu'il renvoie à l'image de notre propre disparition, ou encore accepter d'en débattre sur un plan philosophique seulement ; on peut aussi se mettre à culpabiliser dans un premier temps

dès qu'on est confronté à un acte suicidaire de l'entourage ; mais on peut se sentir concerné dès les premiers signes de détresse suicidaire repérés chez autrui et aider la personne à traverser cette phase difficile ; on peut encore « passer la main » d'emblée et orienter la personne en détresse vers des lieux plus spécialisés ; on peut bien sûr combiner plusieurs approches et même « paniquer » d'abord avant d'aborder une attitude plus raisonnée.

Un dialogue difficile :

La problématique du suicide ne s'exprime pas aisément. De plus, parler d'un éventuel suicide à autrui garde encore souvent un caractère inconvenant dans la mesure où l'on craint, à tort, d'effrayer la personne ou son entourage, alors qu'oser aborder franchement la problématique mène avant tout à un sentiment de soulagement et peut constituer une réelle prévention à l'égard d'une aggravation de la situation présente. À l'heure où il est tant question de communication, ne pourrait-on pas arriver, en dehors des milieux professionnels spécialisés, à parler du suicide en général voire de ses propres pensées suicidaires ? Car il n'y a rien d'anormal ni de bizarre à avoir eu des idées suicidaires à un moment ou l'autre de son existence.

Le suicide (étymologiquement *sui caedere* : « meurtre de soi-même ») ou le passage à l'acte suicidaire (« attenter à sa vie ») étant avant tout des comportements sous-tendus par des mécanismes pulsionnels de vie et de mort, on comprendra que le spécialiste tente avant tout de **donner sens** à ces comportements, c'est-à-dire d'aider la personne à **mieux comprendre le conflit** qui la traverse alors et la conduit vers cette « solution ».

Des manifestations polymorphes :

On rencontre des idées de suicide, des propos suicidaires, des menaces suicidaires, des tentatives de suicide, des suicides aboutis (encore appelés suicides complétés), toutes formes pouvant être isolées dans le temps ou au contraire s'intégrer dans un processus lentement construit.

Pas de portrait-type du candidat éventuel au suicide mais une diversité de personnes :

On trouvera en soubassement du comportement suicidaire aussi bien de la pathologie mentale avérée (*la très petite minorité des cas*) que divers troubles et états de détresse soit passagers, soit plus chroniques que traversent la majorité des mortels (*de loin la très grande majorité des cas*).

En tout cas, la personne qui adopte ce comportement présente toujours un état de souffrance d'intensité variable dont le geste suicidaire représente, à l'instant où il est posé, une porte de sortie dans une recherche de soulagement. Ce n'est pas forcément la mort comme telle qui est visée mais des équivalents symboliques comme le sommeil, le fait de ne plus penser, l'évasion, l'absence, la fuite en avant, une vague représentation du néant.

L'acte a aussi valeur communicationnelle :

Il est donc interpellant pour autrui et il n'est jamais anodin ; sa gravité peut n'être qu'apparente car l'acte peut être grave dans ses manifestations, surtout s'il est fort impulsif, alors que l'adhésion à l'idée-même de mort est faible.

Le geste suicidaire se situe toujours à l'interface entre trois paramètres :

- * une personne avec toute son histoire
- * un environnement scolaire, socio-professionnel, familial, affectif
- * un événement apparemment déclenchant.

On assiste fréquemment, chez le suicidaire, à une imbrication de tendances à vivre et à mourir, et le suicide apparaît, au moins dans un court instant, comme une solution pour échapper à un état de stress important. Ainsi la crise suicidaire repose sur une crise existentielle, le terme « crise » renvoyant à une situation dans laquelle les méthodes et stratégies habituelles de résolution des problèmes et/ou de prises de décisions ne sont plus efficaces. Le jeune se sent « coincé », « écartelé », prêt à poser un acte qu'il pense libérateur.



Des mots et des concepts en matière de suicide.

Quelques termes sont à préciser :

- **suicide** : le phénomène ou la problématique ou l'acte de se donner la mort ; par extension : l'action de causer, de façon apparemment volontaire, sa propre mort (ou de le tenter) pour échapper à une situation psychologique jugée intolérable ;

- **suicidé** : sujet dont le geste suicidaire a été mortel ; on parle aussi de « suicide abouti » ;

- **suicidant** : terme souvent utilisé dans le sens de survivant à un acte suicidaire ancien ou récent ; on parle aussi de geste « auto-destructeur » ou « auto-agressif » (ce dernier terme, plus flou, visant aussi d'autres comportements comme celui de se donner des coups, de s'infliger des coupures ou des brûlures, etc.) ; le terme de « suicide manqué ou raté » est dévalorisant en soi et devrait être évité ;

- **suicidaire** : qui mène, qui tend au suicide : terme flou couvrant aussi bien un risque réel ou supposé de recours à l'acte suicidaire, qu'il résulte de propos ou d'écrits de la personne en crise ou d'une déduction de son comportement observé de l'extérieur.

Le sens du geste suicidaire abouti est variable, souvent combiné, toujours un peu énigmatique :

Le sens profond du suicide est variable dans la mesure où il nous échappe. Le sens qu'on y met n'est jamais que celui que les survivants parviennent à lui donner. Généralement, même si la personne suicidée laisse

un écrit ou a précédemment fait des confidences, **elle emporte avec elle une bonne part de son secret**. Certains « équivalents suicidaires » peuvent également aboutir à la mort sans être comptabilisés comme tels : overdoses de produits stupéfiants ou toxiques divers mêlés à l'alcool, accidents de voitures inexplicables, chutes prétendues accidentelles, anoxie fatale de certaines pratiques autoérotiques, etc.

Les actes suicidaires ne sont pas toujours des actes isolés : « pacte suicidaire » à deux des amoureux « pour être unis à jamais », suicides/homicides collectifs de certaines sectes.

Sans vouloir se lancer dans une étude clinique des suicides, on peut y retrouver des significations diverses :

- **tantôt un geste auto-agressif échappatoire** devant une situation trop dure à supporter (handicap physique grave, maladie mentale, rupture sentimentale, situation de misère matérielle, première phase d'une incarcération,...), devant un deuil insurmontable (désir de rejoindre un être cher décédé) ou encore devant le sentiment d'être une charge pour autrui, avec culpabilité (réelle ou fantasmée) que seule la mort pourrait éteindre ;

- **tantôt un geste sollicitateur ou agressif** dirigé contre autrui mais empruntant la voie autoagressive : la vengeance pour écraser autrui de remords, la pression sur autrui et/ou simultanément l'appel à l'aide ;



- **tantôt un geste agressif pur et auto-agressif pur** : suicide élargi de certains malades exécutant un « suicide altruiste » (mère souffrant de crise de mélancolie profonde et tuant son enfant ou ses enfants avant de se donner la mort) ; homicide-suicide de certains jaloux tuant « l'objet » possédé qui leur échappe avant de se donner la mort ; suicide précédé de l'élimination de la famille proche ;

- **tantôt un geste oblatif en situation extrême** : suicide par sacrifice pour sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à sa vie personnelle (échange de place avec un condamné à mort, défenestration pour ne pas risquer de parler, action du kamikaze) ou encore acte d'autoagression protestataire dirigé vers la société (immolation par le feu, grève de la faim allant jusqu'à la mort) ;

- **tantôt un geste ludique ou de type « ordalique »** (comme dans les « jugements de Dieu » du Moyen-Âge) : risquer sa vie pour s'éprouver soi-même ou solliciter le destin ; se donner des « chances » de mort (mais aussi de survie) au travers de jeux immatures ou morbides, vecteurs de sensations : « roulette russe » bien connue ; « roulette bordelaise » (jeu consistant à brûler les feux rouges) ; jeux du type « chicken » : demeurer le plus longtemps possible sur les rails jusqu'à l'arrivée d'un train (le premier qui fuit est le « chicken », donc le dégonflé, le dernier à échapper est le champion) ou remonter une route à contre sens à moto ou en auto, parfois même feux éteints (l'automobiliste en face qui déboîte in extremis est le « chicken », donc le perdant, le survivant est le champion).

De nombreuses **conduites à risque** attirent les adolescents, en particulier. Il en est ainsi du jeu du foulard ou « asphyxophilie », encore appelé « jeu de la tomate » ou « rêve indien », pratiques qui sont basées sur les effets de la strangulation ou le fait de retenir sa respiration, dans le but de priver le cerveau d'oxygène. Ces jeux peuvent être pratiqués dans les cours des écoles primaires et secondaires. Les jeunes y recherchent des sensations liées au fait de « tomber dans les pommes » (sueur, chaleur, peur, angoisse,...) mais parfois aussi des sensations sexuelles. On y retrouve avant tout un appétit de se sentir exister et la pratique est observée aussi bien chez les garçons que chez les filles. Elle peut encore être un rite initiatique d'appartenance à une bande. Certains jeunes s'adonnent au jeu du foulard en solitaire et c'est alors une recherche effrénée de sensations qui peut conduire à une dépendance. S'il y a décès dans ces cas, la mort est le plus souvent accidentelle. On pourrait dire que ces jeunes sont morts non pas parce qu'ils en avaient assez de vivre mais **parce qu'ils voulaient vivre trop intensément.**

Une prévention possible

Le suicide réussi est relativement fréquent et constitue, dans de nombreux pays dont la France et la Belgique, la deuxième cause de mort, dans la tranche des 15 à 24 ans, après les accidents de la circulation mais la première cause pour la tranche des 25 à 35 ans. Les tentatives de suicide (généralement sans séquelles) sont au moins 30 à 40 fois plus nombreuses et on estime que 30 à 50% des tentatives sont renouvelées dans l'année qui suit.



Il ne faut jamais banaliser une tentative de suicide car elle est le signal d'un malaise existentiel, même passager, elle mérite toujours qu'on s'y attarde pour en rechercher la signification, par-delà le geste, qu'il soit impulsif et peu élaboré, ou aménagé et préparé de plus longue date, parfois pendant plusieurs années.

Un conseil souvent donné par les professionnels est simple et peut être efficace :

« On ne dit pas aux gens : ne vous suicidez pas ; on leur dit : vous avez des idées de suicide ? Voulez-vous qu'on en parle ? ».



Certains pays organisent, chaque année, une journée de prévention du suicide et invitent notamment tous les professeurs des écoles à en débattre dans leurs classes. Parfois même, l'établissement met sur pied un groupe de prévention du suicide.

La Province de Liège / Département des Affaires Sociales organise, chaque année, une « Rencontre provinciale de prévention du suicide ».

Il va de soi que les professeurs sont formés avant tout à enseigner des matières. Ceux qui voudraient s'impliquer davantage ou obtenir des renseignements plus pointus dans la problématique du suicide peuvent s'adresser :

● **au département des Affaires Sociales de la Province de Liège**, qui dispose d'équipes de première intervention suicide pour divers milieux de vie.

Une de ces équipes est spécialisée pour le milieu scolaire.

Tél. 04/237.27.50

suicide@provincedeliege.be

● **au service OPENADO**
rue Beeckman, 26 à Liège qui regroupe différents services du Département des Affaires Sociales, destinés aux jeunes, à leurs familles et aux professionnels du secteur psycho-médico-social.

www.openado.be

Tél. 04/237.93.18

openado@provincedeliege.be

LES ADOLESCENTS ET LES TENTATIVES DE SUICIDE.

L'adolescence en tant que phénomène de passage difficile

Crise identitaire, changement de statut, période-charnière des changements d'attitudes, nouvelle période de séparation-individualisation, l'adolescence se manifeste incontestablement par des modifications:

- * du corps (modifications hormonales)
- * de la psychologie (identité personnelle à construire et projet de vie hors de la famille)
- * et des seuils de tolérance à autrui (opposition comme moyen d'affirmation personnelle).

C'est l'époque des engouements, des éveils, des découvertes et des déceptions, des révoltes et des conflits aussi ; c'est le moment de l'existence où le sujet traverse une phase unique dont la finalité est l'acquisition d'une identité sexuelle fixe, habituellement irréversible. De même qu'enfant, il a dû réussir, entre un an et demi et trois ans, sa sortie de l'espace d'union symbiotique avec sa mère, l'adolescent doit maintenant, après la période dite de latence (entre 6 et 12 ans environ), réussir une réorganisation de structure de sa personnalité dans laquelle ses parents et ses pairs ne joueront plus qu'un rôle auxiliaire. Il devra mettre « à l'essai », dans son autonomie naissante, les interdits moraux que l'éducation et la société lui ont donnés.

C'est qu'il est difficile de trouver qui on est et d'être content de ce qu'on découvre, de « grandir » et d'éprouver une satisfaction

suffisante entre ses propres aspirations - en ce compris la transgression- et la réalité extérieure, souvent contraignante.

Comment cette époque où les pulsions de vie et les revendications doivent projeter les sujets vers l'avenir avant tout, est-elle aussi parfois une époque de dépression, de frustration, d'étouffement et de recherche consciente ou inconsciente de l'effacement de soi ou même de sa propre mort ? Des énigmes subsisteront toujours, comme dans tous les épisodes difficiles de l'existence.

En effet, l'adolescence est une zone de tension psychologique anxieuse à traverser, dans laquelle :

le rapport au corps est modifié : ce corps se transforme, ce que l'adolescent doit accepter ; il peut l'exhiber de façon provocatrice comme il peut lui faire subir divers traitements tels la restriction alimentaire, le tatouage ou le piercing ; il peut aussi le lancer dans l'exercice physique excessif ;

le besoin de maîtrise sur soi et sur le monde extérieur vient se heurter à l'éveil érotisé du corps ;

la pensée se transforme pour atteindre l'abstraction et un regard nouveau et élargi sur le monde environnant ;

la poussée d'identification cherche à s'orienter et se cherche des modèles extérieurs : une idole du show-business, un copain, un groupe de copains, une âme-sœur, un professeur, un éducateur, un courant de pensée, ...



Mais le spleen de l'adolescent n'est pas forcément la dépression

L'adolescence est habituellement marquée par une certaine morosité, avec une crainte d'investir le monde environnant, et une crainte face aux rôles sociaux que les adultes pressent peu à peu l'adolescent d'endosser : maturité, sens des responsabilités, etc.

L'adolescent se plaint fréquemment du peu de motivation que génèrent les réalités sociales, économiques, professionnelles, que les médias et les adultes donnent à voir, parfois à outrance ; il éprouve des difficultés à cerner des centres d'intérêts.

La littérature contient ces récits de « spleen » qui ont caractérisé les héros des auteurs romantiques. Mais en fin de compte, il reste concevable que chacun d'entre nous puisse éprouver des baisses de motivation, des moments de morosité, voire de découragement, et ce n'est pas forcément à confondre avec l'état dépressif.

L'état dépressif, lui, a été étudié par la littérature scientifique mais il peut être observé par tout un chacun, dans la vie de tous les jours : en d'autres termes, sans être médecin psychiatre ou psychologue, un adulte attentif à autrui peut repérer des indicateurs qui, réunis le plus souvent, forment un tableau clinique permettant d'évoquer la dépression. Cette dépression, comme au sens atmosphérique, est constituée par une baisse du tonus et de l'humeur.

Les manifestations de souffrance de l'adolescent

Des plaintes somatiques.

On relève souvent chez l'adolescent, masquant l'expression plus directe de la tristesse ou du désarroi, des plaintes somatiques; elles sont fréquentes mais n'ont pas les mêmes caractéristiques qu'à l'âge adulte. Ainsi relève-t-on souvent une fatigue intense qui va de pair avec l'inhibition et une attitude apathique, des maux de tête (céphalées), des douleurs abdominales.

Il n'est pas toujours facile de distinguer ces expressions somatiques des préoccupations qu'ont les adolescents et adolescentes pour les transformations corporelles en relation avec la puberté.

Des troubles du comportement également fréquents.

Des troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie) ou encore des troubles du comportement scolaire : désintérêt, baisse du rendement scolaire, troubles de la concentration, de l'attention et de la mémorisation.

Des troubles du comportement social :

* repli sur soi, isolement, restriction des champs d'intérêt de l'adolescent, pauvreté d'expression motrice : ces facteurs de calme peuvent être fort bien acceptés par l'entourage direct ;

* parfois le malaise est directement perceptible au travers de conduites plus explosives,



tant à l'intérieur de la famille que dans les milieux familiaux tels que l'école : des comportements agressifs, rageurs, sont souvent aussi le signe d'un état de tension intérieure mal comprise par l'adolescent lui-même, plus difficilement encore par son entourage ;

* la fugue est plus rare et marque une rupture de plus ou moins longue durée avec l'entourage familial. L'adolescent part sans avertir, parfois pour errer sans but, parfois pour se réfugier chez des tiers auprès desquels il cherche une plus grande compréhension. Ces fugues sont à distinguer des fugues à caractère asocial par lesquelles des adolescents, plus souvent en groupe, réalisent comme un rêve de « larguer les amarres » et de vivre une aventure plus ou moins lointaine mais excitante. Cet aspect d'attrait et d'excitation n'existe pas chez le fugueur déprimé qui ne part pas pour aller s'amuser quelque part avec les autres ;

* la prise de distance que constitue la fugue de l'adolescent dépressif n'est pas toujours choisie sur un mode directement repérable : certaines prises excessives d'alcool ou de drogues peuvent représenter une autre manière de s'abstraire sans avoir à partir, ou d'anesthésier la souffrance en silence.

Le « binge drinking » (biture-express) pratiqué seul ou en groupe, une à deux fois par semaine, qui consiste à boire beaucoup d'alcool en très peu de temps et jusqu'à l'inconscience, en est un autre exemple.

Des troubles de l'humeur.

Ils sont moins aisément visibles parce que souvent les adolescents les expriment moins ou alors plus tardivement. L'adolescent, souvent, verbalise peu ou maladroitement ; c'est à demi-mot, dans un bout de phrase énoncé à la hâte ou dans l'explosion de colère d'une dispute, que surgit le désarroi ; et il n'est pas toujours facile de savoir quel statut réel lui attribuer : le jeune cherche-t-il à apitoyer, à éluder la responsabilité d'un acte réprouvé ? Est-on en face d'une souffrance réelle ? Ces repérages sont d'autant plus malaisés que ceux à qui ces paroles hâtives ou maladroites sont adressées ne peuvent s'empêcher de se sentir un tant soit peu concernés, voire coupables ; les conditions pour la poursuite sereine du dialogue, on peut en convenir, ne sont pas souvent réunies.

Lorsque l'adolescent exprime ce qu'il ressent, on perçoit des aspects qui composent habituellement d'ailleurs tout tableau dépressif (comme chez l'adulte) :

* une souffrance morale : auto-dépréciation, sentiment de moindre valeur ou d'infériorité, doute sur soi ;

* de l'angoisse : anticipation négative ou péjorative de l'avenir, la crainte de ne pas être à la hauteur pour endosser les rôles sociaux (scolaires, professionnels, sexuels) que commande l'accession à l'état d'adulte, le sentiment d'être démuné pour aborder une vie compliquée ;

* de la tristesse : cette tristesse n'est pas simple à définir, bien que chacun pressente qu'il s'agisse essentiellement d'un éprouvé pénible au plan affectif.



Les causes du phénomène suicidaire

Par delà les signes que nous venons d'évoquer, se précisent de longue date les causes qui peuvent y conduire. Elles sont multiples et peuvent se conjuguer, l'une pouvant parfois entraîner les autres, dans un enchaînement circulaire.

Dans les facteurs de personnalité.

Tout ce qui contribue à rendre les gens durablement tristes ou impuissants face à leur sort présent ou à venir, tout ce qu'ils traînent derrière eux comme passé pénible, traumatique ou dont ils ont honte, peut contribuer à générer l'état dépressif.

De la sorte, on comprend la **multiplicité des causes possibles** ; en voici quelques-unes, d'ailleurs habituellement connues du public averti :

- la carence en affection fragilise l'estime de soi ;
- l'impossibilité de trouver à s'exprimer, à s'affirmer, voire à s'opposer, par exemple dans des systèmes éducatifs brutaux, génère des sentiments de colère et de frustration impossibles à exprimer le plus souvent, vu que le rapport de force n'est évidemment pas en faveur de l'enfant ;
- les expériences de surprotection, mais aussi celles de toute-puissance lorsque les adultes répondent avec docilité aux exigences de l'enfant, finissent par devenir angoissantes et, à l'adolescence, elles entraînent plutôt un déficit en compétences sociales, puisque l'adolescent a toujours eu l'habitude de voir tout réalisé à sa place ou grâce à l'inter-

vention des adultes ; face aux rôles sociaux qu'il doit endosser, il se sent d'autant plus impuissant et angoissé que les adultes auparavant protecteurs vieillissent et perdent le contact avec les réalités sociales des adolescents ;

- les sentiments de culpabilité peuvent également générer des états dépressifs dans la mesure où l'anticipation de la faute possible amène à gommer tout plaisir de vivre et d'être spontané. Toutefois, nous pensons utile de préciser que ces sentiments de culpabilité, pour provoquer un état dépressif, doivent être vécus sans nuance par l'adolescent comme par son entourage, c'est-à-dire dépasser en ampleur le jugement moral habituel par lequel un adulte peut légitimement exprimer sa réprobation pour des conduites (scolaires, sociales) inacceptables. Ce qui diffère ici, c'est l'angoisse qu'éprouve l'adolescent de ne rien valoir s'il déçoit, plutôt que celle d'être jugé sur ce qu'il a fait.

Dans les facteurs environnementaux.

Ce sont surtout les impasses durables et traumatisantes dans lesquelles se trouvent placés les enfants et adolescents qui peuvent constituer des facteurs dépressogènes puissants :

- les conflits parentaux âpres et de longue durée mettant durement à l'épreuve les choix affectifs et les conflits de loyauté engendrés par les rivalités parentales ;
- des conditions socio-économiques déficitaires qui confrontent au manque d'argent, à la honte, à la restriction des activités sources de plaisir et de socialisation avec les pairs ;

- les pertes telles que les deuils de personnes chères entraînent toujours un vécu dépressif de durée variable mais qui se résorbe habituellement après 6 à 8 mois, lorsque l'adolescent réintègre les activités normales de son âge. Au-delà de cette période de deuil, la persistance de l'état dépressif va fréquemment de pair avec des entourages familiaux et sociaux qui ne parviennent pas ou se refusent à évoquer le deuil avec l'adolescent. En l'absence d'autres personnes de référence sur lesquelles l'adolescent peut reporter son intense besoin de communiquer et de s'identifier (identification collatérale avec des autres membres de la famille, avec des frères ou sœurs plus âgés, des enseignants, etc.), le risque est grand de voir l'adolescent rester englué dans ses ruminations nostalgiques et souvent idéalisées de la personne décédée ;
- les maltraitances psychologique, physique ou sexuelle qui entament l'estime de soi et provoquent des sentiments de non valeur et de honte ;
- le racket, dont on estime que 6,5% des élèves sont victimes. Comme la loi du plus fort va de pair avec la loi du silence, la victime se tait et se retrouve parfois dans une situation inextricable où elle ne sait plus satisfaire le racketteur ou la bande de racketteurs alors qu'elle a peut-être déjà subtilisé de l'argent ou des objets dans son milieu familial. Le sentiment de honte, présent aussi dans ce cas et l'angoisse de « ne plus savoir en sortir » amène à des idées suicidaires.
- les nombreuses formes de harcèlement dont certains élèves sont la cible ; cette forme de violence est plus collective. Des groupes de sept, huit élèves s'en prennent à un seul, généralement isolé, contre lequel

on se mobilise parce qu'il est gros, laid, d'un autre groupe ethnique ou d'un autre quartier. Cet élève harcelé risquerait quatre fois plus qu'un autre de faire une tentative de suicide. De nouvelles formes de violence utilisant l'internet ont également émergé comme la cyber-intimidation, c'est-à-dire les moqueries, menaces et autres dévalorisations sur les blogs, Facebook, par mails ou SMS.

- Le suicide d'une célébrité, amplement répercuté, peut inciter à des comportements auto-destructifs chez un jeune ou un groupe d'adolescents qui adhèrent au style de vie et aux valeurs de cette personne-modèle.

Dans les facteurs pathologiques.

Enfin, il faut savoir que certains troubles dépressifs sont pathologiques et qu'ils peuvent se manifester par des comportements suicidaires : ces états, peu fréquents, sont liés à des maladies chroniques qu'ils inaugurent (phases mélancoliques des troubles mania-co-dépressifs ; phases d'entrée dans le groupe des maladies schizophréniques) ; on les qualifie de « dépressions endogènes », pour les opposer à la grande majorité des autres états dépressifs ou de détresse dits exogènes ou réactionnels ou de deuil, etc. vu le lien direct de ces derniers états avec le vécu existentiel d'un sujet en détresse.

C'est généralement l'entourage familial, alerté par de franches bizarreries du comportement ou des propos délirants avoisinant la thématique suicidaire de leur grand adolescent, qui contactera le médecin-spécialiste. Ces maladies sont actuellement d'un pronostic nettement meilleur qu'auparavant, sous l'effet de médicaments spécifiques fort efficaces.



De l'état dépressif au désir de mort.

Tout moment de morosité ou de découragement ne devient donc pas un état dépressif. Et tout état dépressif ne donne pas lieu à des désirs de mort, moins encore à la mise en acte de l'agression contre soi-même.

Néanmoins, comme on l'a montré ci-dessus, l'état dépressif est un *état de détresse humaine* et à ce titre, il ne peut être banalisé ou nié, même si l'entourage le comprend mal ou si les réactions les plus adéquates sont souvent difficiles à mobiliser quand on reste seul en présence de la personne dépressive. L'incompréhension de l'entourage, les injonctions à se reprendre en main (« un peu de volonté, que diable ! »), ou l'accumulation de situations d'échec ou d'impuissance, pour ne citer que quelques exemples, peuvent aboutir chez le dépressif à des sentiments d'isolement et d'impuissance tels que la disparition et la mort se profilent comme le seul espoir de venir à bout de la souffrance, ou comme la dernière façon de punir ceux qui font preuve d'incompréhension ou d'aveuglement à son égard.

Mais le suicide est un acte de violence tourné contre soi-même et à ce titre, il n'échappe guère à la dynamique habituelle des autres actes de violence. Lorsque l'agressivité inhérente à chaque être humain, essentiellement liée aux frustrations éprouvées ou aux blessures d'amour-propre, ne peut être évacuée sous forme de jeu, de symbolisation, de raisonnement qui permettent de mettre les sentiments à distance, le risque est alors de voir le corps exprimer ce que les mots ne peuvent exprimer (somatisations) ou de voir des actes se substituer aux pensées (passages à l'acte).

Mais ces passages à l'acte suicidaire qui expriment la colère ou l'agressivité sont rarement totalement impulsifs et ils ne surviennent pas souvent de façon imprévisible. Il existe un *cheminement de la pensée et une anticipation mentale de l'acte*.



Les motivations de l'acte peuvent être très différentes, mais les étapes des processus mentaux se ressemblent.

On le voit bien dans un tableau² extrait d'un Guide canadien destiné aux équipes d'intervention suicide, Direction de la Santé publique, Gaspésie-Îles de la Madeleine, 2002, que nous reproduisons ci-après :

Le processus suicidaire en bref

L'idéation

- ▶ C'est le début du processus suicidaire
- ▶ Plusieurs solutions peuvent être tentées pour résoudre la crise
- ▶ L'idée du suicide devient une solution parmi d'autres
- ▶ L'idée du suicide peut disparaître et réapparaître un peu plus tard



La rumination

- ▶ L'idée du suicide prend de l'importance dans les pensées
- ▶ Les solutions envisagées autre que le suicide sont limitées
- ▶ La personne s'isole de plus en plus mais pas complètement
- ▶ Toutes les énergies sont absorbées par l'angoisse



La cristallisation

- ▶ Le suicide est devenu la seule solution, « à moins que... »
- ▶ Le moyen, l'endroit et le moment du passage à l'acte se précisent
- ▶ C'est le moment de tout « régler » (ex. : écrire une lettre d'adieu, donner ses objets...)
- ▶ C'est le calme, la sérénité « car tous les problèmes seront bientôt finis... »



Passage à l'acte

Ce processus dont nous décrivons assez sommairement la maturation n'est pas une fatalité qu'aucune intervention ne peut modifier.

²Schéma inspiré de : Phaneuf J. et Séguin M. Schématisation du processus suicidaire, 1987.



L'INTERVENTION : POURQUOI ET COMMENT.

On voit donc qu'il existe différentes étapes qui vont de la morosité et du découragement passer à l'état dépressif et parfois au désir de mort avec passage à l'acte suicidaire.

Ces étapes ne s'enchaînent pas nécessairement et l'une ne conduit pas nécessairement à l'autre, même si, dans certains cas, l'adolescent ou l'adolescente qui se suicide a traversé les autres étapes avant de réaliser son passage à l'acte. Dès lors, une intervention gagne à être envisagée aux différents moments que nous évoquons, à la fois pour « traiter » ce moment et évidemment pour prévenir les risques d'une dégradation plus grande de la situation psychologique et affective.

En effet, comme tout acte suicidaire, celui de l'adolescent signe l'effondrement, pendant une période, des stratégies d'adaptation habituellement utilisées et efficaces, on ne s'étonnera pas, chez le jeune suicidant, de retrouver parfois une seconde tentative dans les mois qui suivent. Et l'adolescence étant une zone de passage fragile mais obligé vers un âge plus adulte et plus mature, certaines situations vécues par le jeune le seront avec davantage de difficultés et seront plus durement ressenties lorsqu'elles touchent notamment à l'échec, à l'abandon ou au rejet ; elles peuvent alors déclencher des sentiments de honte, de rage, d'humiliation et de désespoir d'autant plus insupportables.

Trouver une personne à qui parler est impor-

tant en ces moments de perturbation et de grand trouble personnel.

L'enseignant peut aussi observer des signes tels que :

- s'absenter de l'école, être souvent en retard
- manquer de persévérance, manifester une absence de ténacité
- présenter une baisse de rendement scolaire
- développer un nombre croissant de conflits avec les amis
- adopter des comportements délinquants
- être irritable, colérique, agressif ou manifester un affect détaché
- n'avoir plus de but ou orientation future
- émettre des menaces de lâcher l'école ou en changer fréquemment.

L'enseignant face à la morosité et au découragement de l'élève.

La première condition d'une intervention pour un enseignant est d'avoir la disponibilité humaine suffisante pour assumer qu'il est de son rôle pédagogique d'être attentif à cela aussi, et pas seulement au rendement scolaire et aux attitudes disciplinaires de l'élève.

Une seconde condition est évidemment d'avoir quelque chose à observer ; la réunion des éléments objectifs est rare, et on peut conserver en soi un doute - c'est-à-dire déjà une forme d'attention - pendant un certain temps avant d'aborder directement avec l'adolescent la question du découragement dont il semble donner des signes. Il peut être utile, alors, que l'enseignant confronte son ressenti à celui de ses collègues pour confirmer la nécessité de l'intervention, d'autant que l'impact émotionnel est toujours plus facile à gérer s'il est partagé.



Comment reconnaître les signes avant-coureurs³ ?

Par des messages

DIRECTS

- ▶ Allusions à la mort et messages verbaux « ex : je veux en finir »
- ▶ Menaces de suicide
- ▶ Comportements automutilants

INDIRECTS

- ▶ Préparation pour un départ sans précision sur la destination
- ▶ Dons d'objets chers, de dessins ou de travaux en rapport avec la mort
- ▶ Intérêt soudain pour les armes à feu et autres moyens létaux

Par des symptômes

PHYSIQUES

- ▶ Troubles du sommeil
- ▶ Troubles de l'appétit
- ▶ Manque d'énergie

PSYCHOLOGIQUES

- ▶ Incapacité de prendre plaisir à quoi que ce soit
- ▶ Indécision
- ▶ Agressivité et irritabilité, anxiété
- ▶ Dévalorisation (ne s'aime pas)

Par des changements soudains

AU NIVEAU SCOLAIRE

- ▶ Manque d'attention en classe
- ▶ Absence inhabituelle aux cours
- ▶ Chute des performances académiques

DANS LES ATTITUDES

- ▶ Attrait et préoccupation face à la mort
- ▶ Négligence de l'apparence
- ▶ Consommation excessive (alcool, etc.)

N.B. : La présence d'un seul de ces signes ne signifie pas qu'une personne est suicidaire. C'est l'accumulation des signes qui peut être révélatrice.

³Schéma inspiré de Phaneuf J. et Séguin M. Op.cit.



Comment entrer en contact ?

Selon sa personnalité, un enseignant tentera d'entrer en contact avec un adolescent qu'il sent dévalorisé, triste ou en souffrance ou l'adressera à un collègue plus proche de l'élève ou plus habitué à ce type de démarche, ou au spécialiste du P.M.S. Il peut manifester un minimum de disponibilité lorsque le jeune s'adresse à lui, s'il ne craint pas de se faire submerger par une problématique envahissante qu'il ne pourrait gérer. L'enseignant n'est d'ailleurs pas là pour la gérer, cette problématique, mais peut-être, après un minimum d'écoute, pour guider l'élève vers des services spécialisés, si ce dernier en accepte l'idée même.

Le jeune s'adressera peut-être à l'enseignant par « à coups » ou le laissera approcher pour s'en éloigner ensuite. L'important est d'établir ou de garder un contact avec le jeune, de respecter sa douleur et son ambiguïté et de ne pas craindre de mettre le pied dans un engrenage dont on ne pourrait plus sortir. C'est parfois aussi par la rumeur que l'enseignant aura vent du problème.

Que faire en pratique ?

Une tentative de dialogue ne sera jamais inutile, qu'elle soit sous-tendue par des attitudes d'encouragement, de réassurance ou simplement d'écoute bienveillante, si l'élève accepte de se livrer, un tant soit peu.

Encourager ? Rassurer ? Secouer ?

Quelle attitude adopter en fin de compte ?

L'encouragement est toujours indiqué mais à condition qu'il ouvre des perspectives d'avenir, qu'il prenne en compte des difficultés réelles ou subjectives qui hantent l'adolescent. Les nier, les banaliser, moraliser, confortent l'adolescent dans le sentiment de rester seul et d'être incompris.

Les références à ce qu'on a soi-même vécu lors de sa propre adolescence ne sont guère utiles pour l'adolescent qui n'y voit souvent que la référence à un monde dépassé, parce qu'il se trouve alors centré essentiellement sur lui-même.

La réassurance est elle aussi un moyen d'apaisement du découragement, pour autant qu'elle ne se résume pas à quelques bonnes paroles dites à la hâte, à une tape dans le dos qui se veut amicale mais tombe dans le vide.

Rassurer autrui, c'est mettre à l'épreuve ses propres capacités à se rassurer sur une vie d'adulte pleine d'ambivalence ; c'est sur ce plan qu'il nous semble intéressant d'aborder l'adolescent qui se démotive ou se décourage : entre les aspirations et les réalités, il y a des écueils et des efforts, des risques d'échecs ; entre les réalités et les espoirs qu'on fondait (autour de l'utilité des études, de l'amitié ou de l'affection à l'égard des autres, etc.), il existe souvent une différence qui résulte de ce que nul n'est parfait, de ce que rien ne va jamais totalement comme on l'escomptait. L'adolescent a peu vécu et il est très vite déçu !



Rassurer, c'est aussi inscrire l'adolescent dans le temps qui doit passer pour permettre d'évaluer les efforts ou les résultats dans la durée, et non dans le moment présent comme il a très souvent l'habitude de fonctionner. Rassurer, c'est encore aider à anticiper des solutions alternatives ou des améliorations qui montrent que tout n'est pas fini sur un échec et, surtout, que l'on garde confiance dans les capacités du jeune à surmonter la crise qu'il est en train de vivre.

L'invigoration - ce qu'on va appeler « secouer une bonne fois » en termes plus communs - est inutile lorsqu'elle est brutale et prend la forme d'un ordre péremptoire qu'aucune proposition d'aide à la réalisation n'accompagne. Ce qu'il faut, c'est lutter contre la tentation régressive de battre en retraite davantage encore, de laisser tomber les bras, de fuir les problèmes et surtout leur résolution. Mais cela impose à celui qui veut invigorer d'assumer ce rôle dans la durée et de ne pas jouer à l'oracle qui rend avis de très haut et puis s'efface en abandonnant l'autre à sa solitude.

L'enseignant, malgré son rôle difficile et souvent contesté, jouit d'un statut qui le place en position de référence (une parmi d'autres) pour l'adolescent en recherche de valeurs et en phase contradictoire qu'il domine mal quand cet état ne l'écrase pas.

L'enseignant face à un état dépressif avec expression de désirs de mort.

Mentionnons qu'une fois sur deux en moyenne, l'adolescent suicidant a manifesté ses intentions suicidaires et que c'est rarement aux parents ou à un enseignant que le jeune se confie. Il se confie plus volontiers (dans 3 cas sur 4) à ses pairs (autres élèves) mais l'enseignant ou le psychologue de l'école peuvent avoir appris le problème par un élève. Il est important de proposer aux adolescents qui sont confrontés aux confidences d'un ami qui a des idées de suicide d'en parler à un adulte en qui ils ont confiance.

Cette confiance est presque toujours communiquée sous la forme de petites phrases ou considérations qui doivent interpeller : *« je ne sers à rien...mes parents seront mieux sans moi...la vie ne vaut pas la peine...autant en finir...j'en ai marre de tout...je me demande ce qu'on fait sur terre... ce serait mieux si je disparaissais... je ne compte pour personne... je vais partir pour un long voyage... je ne vais plus vous embêter longtemps... ».*

L'expression des désirs de mort n'est jamais simple, ni face à ses pairs, ni face aux adultes.

De ce fait, l'adulte qui recueille cette expression des désirs de mourir que peut lui livrer un adolescent doit savoir qu'il est **investi d'une confiance particulière**. Et l'enseignant, ainsi placé dans une situation très inconfortable, ne peut manquer de se sentir angoissé face à de telles confidences ; l'angoisse va de pair avec l'expression de la détresse tout autant qu'avec le sentiment d'une responsabilité.



Souvent, l'adolescent se confie sous le sceau du secret.

Prendre attitude n'est pas simple. Il vaudrait mieux ne pas s'engager par avance à conserver le secret d'une confiance ; il est préférable d'accepter d'évoquer cet éventuel secret une fois la confiance faite.

Mais lorsque l'adolescent fait état de ses désirs de mort et réclame que la confiance ainsi faite demeure secrète entre lui et l'enseignant dont il a fait choix, il nous semble en tout cas nécessaire de **dialoguer sur les raisons** pour lesquelles cette confiance doit devenir un secret. Il importe de lui préciser que les limites du secret sont le risque de sa mise en danger, et qu'en cas d'inquiétude majeure, l'enseignant est tenu de se délivrer d'un secret qu'il trouve trop lourd pour lui-même. L'adolescent doit être informé que l'enseignant ne prendra jamais contact avec ses parents à son insu mais qu'il est tenu de le faire s'il y a risque de mort, et il le lui dira. Il en va de même pour l'ami qui aurait reçu des confidences. En effet, certains jeunes dépositaires du secret demandent à leurs professeurs ce qu'ils doivent faire.

C'est par ce dialogue aussi que l'enseignant peut approfondir sa connaissance de la problématique de l'adolescent et éventuellement mesurer :

* s'il convient effectivement de garder le secret mais alors souvent un secret conditionnel qui engage l'adolescent à continuer ultérieurement un dialogue avec l'enseignant ;

* ou si ce secret doit être partagé avec un tiers qui sera - par sa profession - formé

techniquement et tenu au secret professionnel (médecin, psychologue, assistant social).

Cette attitude peut ainsi décharger l'enseignant de la responsabilité d'assistance à autrui qui est indéniablement sienne, sans trahir la confiance placée en lui.

Ainsi, dans les cas où un dialogue doit se poursuivre avec l'adolescent, l'objectif de l'enseignant devrait être de faire prendre conscience au jeune de l'ampleur des difficultés qu'il énonce et de favoriser l'instauration d'une relation de confiance telle que l'influence qu'acquiert l'enseignant mène le jeune vers une consultation spécialisée.

On notera aussi que l'expression des désirs de mort peut être non verbale et se manifester dans le comportement seulement, notamment sous la forme de « conduites à risques ».

Tel ou tel élève accumule les accidents de roulage ou se comporte en déni total de tout danger pour lui ou bien fugue à répétition vers un « ailleurs » incertain ou encore se met à distribuer des objets qui lui étaient chers (sa mobylette, sa guitare, ...).

De toute façon :

L'enseignant devrait en savoir suffisamment pour pouvoir expliquer au jeune, un tant soit peu, ce qu'est un psychologue, quelles sont en gros ses méthodes d'intervention et ses obligations déontologiques. L'enseignant devrait objectivement pouvoir évoquer le rôle d'un médecin psychiatre, le fait que les médicaments ne rendent pas fou, ne dés-

structurent pas la personnalité mais constituent une « béquille » souvent passagère pour prendre du recul par rapport aux problèmes.

La formation des futurs régents et licenciés, tout comme la formation continuée des enseignants, gagnerait à être affinée sur ces points, ne serait-ce que pour contribuer à assainir quelques (tenaces) préjugés contre les « pys ».

L'enseignant face à un passage à l'acte suicidaire.

Il faut distinguer entre deux cas possibles :
- soit l'adolescent tente de se suicider mais survit (avec ou sans séquelles) et la question se pose de son absence et de son éventuelle réintégration dans la classe.
- soit l'adolescent décède par suicide.

Face à une tentative de suicide.

Soit l'enseignant est averti d'une rumeur propagée par quelques élèves mieux informés que d'autres, relatant une tentative de suicide de l'un d'eux. Soit il apprend personnellement et de façon fiable qu'un élève a tenté de se suicider.

Il semble utile de contacter d'abord celles et ceux qui propagent la rumeur, de façon à en vérifier le bien-fondé.

L'absence de l'élève durant plusieurs jours peut rendre inévitables des explications données aux autres, surtout si des questions sont posées à l'enseignant ou si des rumeurs persistent.

La décision d'aborder un tel sujet dans le

cadre scolaire gagne à être concertée, de préférence avec la direction d'établissement, le centre P.M.S. et les autres enseignants.

Nombre d'auteurs signalent en effet les risques encourus : « **Il existe un réel danger que d'autres personnes, particulièrement celles qui sont vulnérables, imitent le geste suicidaire** ».

L'intérêt de la concertation préalable est double : bien sûr apporter des réponses cohérentes et convergentes si des interpellations d'enseignants se produisent à différents cours mais aussi soulager l'enseignant qui a reçu la première information en le faisant soutenir par la solidarité de ses collègues.

Concernant l'élève auquel est attribué un geste suicidaire, l'enseignant averti ou la direction d'établissement ou le centre P.M.S. prend contact avec l'élève majeur ou les représentants légaux du mineur et s'enquiert de son état réel, de la durée de son éventuelle absence, des mesures particulières à prendre pour son éventuel retour en classe. Celui-ci se prépare lors d'une nécessaire entrevue entre l'adolescent et la direction d'établissement, en coopération avec les enseignants concernés ou désireux de l'être.

Il est nécessaire de préserver la vie privée et de s'informer de ce que l'adolescent souhaite fournir ou non comme explications plausibles. Le respect dû à la vie privée (par exemple une tentative de suicide réalisée dans le cadre d'un dévoilement de faits de mœurs intrafamiliaux) impose de limiter la transmission d'information à ce que l'adolescent lui-même consent à révéler.



Il ne faut pas oublier d'identifier les craintes éventuelles de l'adolescent, comme le fait de se retrouver confronté à ses pairs et à leurs questions, aux matières vues en son absence, à la récupération de son retard (par exemple), afin de contribuer à donner à l'adolescent le sentiment qu'il continue à faire partie d'un groupe qui peut le soutenir et non le marginaliser. Déléguer un élève qui est proche de l'adolescent pour lui apporter des notes de cours peut l'aider à reprendre contact avec la sphère scolaire de manière moins inconfortable.

La loyauté est nécessaire. Des confidences et sous-entendus réservés à quelques élèves proches du jeune et paraissant mieux informés que les autres, désireux parfois d'en savoir davantage que les autres, est à proscrire. La direction d'établissement et le centre P.M.S. apprécieront la nécessité d'un suivi plus précis de l'élève, par contact notamment avec ses représentants légaux.

L'enseignant n'est pas en position de thérapeute et ne doit pas se retrouver isolé dans une telle position.

Mais il se pourrait qu'avec l'accord de l'élève, il puisse prendre contact, au moins une fois, avec les instances thérapeutiques pour leur transmettre des renseignements qu'il jugerait utiles à leur éclairage.

Dans les cas où la tentative de suicide est directement en rapport avec des conditions de scolarité (rendement scolaire, relations avec les pairs ou les adultes dans l'établissement, par exemple), il nous semble inutile d'insister sur la remise en question de soi à laquelle devront se contraindre les personnes concer-

nées, au besoin sous l'impulsion de la direction d'établissement.

Face au suicide abouti.

Le passage à l'acte aboutissant au décès de l'adolescent confronte brutalement adultes et adolescents à la mort, à l'absence définitive, aux questions qu'on se pose assez logiquement sur ce qu'on aurait peut-être pu voir préventivement. Il s'agit indéniablement d'un « moment de crise grave » pour un établissement et bien entendu davantage encore pour les professeurs et les condisciples directs du défunt. La crise est identique face à d'autres événements dramatiques touchant directement ou indirectement l'école (mort subite d'un élève ou d'un professeur ; accident mortel ; meurtre intrafamilial, etc.).

Le recours à une équipe médico-psychologique spécialisée dans la première intervention ou à un centre P.M.S. ou à un service de santé mentale voire à des proches ayant une formation en sciences humaines est à envisager rapidement.

Des programmes d'intervention existent qui sont conçus comme un ensemble d'activités et de services. Ils ont pour but d'offrir aux personnes concernées les bonnes interventions au bon moment. En effet, les personnes d'un même milieu scolaire ne vivent pas nécessairement une même situation de façon similaire et les réactions associées au stress, à la crise et au deuil peuvent varier.

Il faut différencier les élèves proches du défunt et les autres. Le retentissement du



décès sera fonction de la proximité avec le défunt mais sera aussi ressenti de manière individuelle selon la personnalité de chacun. Un temps de réflexion doit donc être pris pour analyser les actions à avoir de façon différenciée (quels sont les jeunes les plus en souffrance ?), pour savoir quelle information sera diffusée (de préférence un texte univoque) et surtout pour ne pas déposséder la famille de ce qu'elle-même souhaite.

Le moment de l'annonce du décès est surtout l'occasion de faire savoir que les professeurs, l'équipe de première intervention ou le centre P.M.S, sont là pour soutenir chacun dans le deuil qui est à faire.

Dans un premier temps, les commentaires en classe éviteront le sensationnalisme ou les jugements moraux sur le courage ou la lâcheté supposés du défunt. Dans un second temps, l'hommage que notre société rend habituellement aux morts et à leurs proches ne peut être refusé aux élèves et professeurs qui le souhaitent. Cela contribue à apaiser la culpabilité et l'angoisse qui surgissent le plus souvent lors de ces disparitions inopinées, toujours vécues comme peu compréhensibles ou « injustes ».

Les remarques philosophiques et/ou religieuses relatives aux modalités funéraires choisies par la famille de l'élève sont évidemment inappropriées si elles ne débouchent pas sur un renforcement des idées de tolérance.

Le groupe d'élèves le plus directement concerné par la disparition de l'un d'eux doit pouvoir se solidariser pour surmonter sa propre angoisse mais l'adulte est également là pour accueillir les initiatives et cadrer l'enthousiasme des jeunes. Il y a matière à réflexion, par exemple, sur les modalités de présence aux obsèques ou sur la participa-

tion éventuelle à une marche groupée. Ensuite, les activités commémoratives doivent être organisées avec circonspection. La pertinence d'une stèle, de l'affichage d'une photo du défunt ou de l'organisation de manifestations à la date anniversaire de la mort ne devraient être acceptées qu'après réflexion et concertation, afin de ne pas maintenir un état émotionnel morbide.

Enfin, parce que c'est cela aussi la vie et que cela s'apprend aussi à des adolescents, les activités scolaires doivent reprendre sans tarder, même si d'autres interventions plus spécialisées sont prévues par une équipe médico-psychologique d'intervention.

Dans des cas de ce genre, il est utile aussi que la direction et l'équipe d'enseignants aient idéalement une politique de contact avec les médias, qui consisterait à leur demander d'éviter tout sensationnalisme, de ne pas dramatiser ni banaliser les événements en les rapportant. Ceci afin d'éviter des suicides ou des tentatives de suicide « de contagion » par le phénomène de la sur-identification au défunt. En effet, quand un élève adolescent se suicide, le risque qu'un autre suicide survienne dans l'école augmente fortement dans les premiers temps. Cette contagion peut découler de divers facteurs :

- la vulnérabilité d'une personne ou d'un sous-groupe
- l'identification à la personne décédée, à son vécu ou à ses problèmes, incitant à considérer voire à légitimer un tel geste suicidaire
- la culpabilité intense si des propos vifs ou des conflits ont précédé le geste fatal
- l'aura de la personne suicidée qui, encore une fois, donne un caractère « valable » au suicide perçu comme une solution aux problèmes.



QUELQUES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALVIN P.

L'envie de mourir, l'envie de vivre: un autre regard sur les adolescents suicidants.

Rueil Malmaison: Doin, 2009, 216 p.

- BANTUELLE M., LEVEQUE A.

Le suicide, un phénomène dont il convient d'améliorer la connaissance et la qualité des données

LECLERCQ C. Quelle prévention du suicide? (dossier) In: L'OBSERVATOIRE n°73, 2012, 9-14 p.

Liège: Revue d'action sociale & médico-sociale, asbl

- CYRULNIK B.

Quand un enfant se donne «la mort»: attachement et sociétés

Paris: Odile Jacob, 2011, 158 p.

- COURTOIS R.

Les conduites à risque à l'adolescence. Repérer, prévenir et prendre en charge.

Paris: Dunod, 2011, 352 p. (*Psychothérapies*)

- GEERAERTS A., BEAGUE P., DUPUIS M., DORSEL M., EMMANUEL F., DUMONT J., MORELLI A., RINGLET G.

Qu'est-ce qui fait vivre?

Charleroi: Couleur livres, 2011, 99 p.

- HACHET P.

Adolescence et risques.

Bruxelles: Ministère de la Communauté française, 2009, 60p. (*Temps d'arrêt*)

- HAESVOETS Y.H.

Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence: un autre regard sur la souffrance psychique.

Bruxelles: De Boeck Université, 2008, 361 p. (*Oxalis*)

- JEAMMET P., BOCHEREAU D.

La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge.

Paris: La Découverte, 2007, 223 p.

- JOYEUX H., EPSTEIN J., VAUR P.

Le suicide qui n'y a jamais pensé? Des clés pour comprendre, parler, prévenir.

Paris: F.X. de Guibert, 2008, 217 p. (*Ecologie humaine*)

- PIERRE-GERARD S.,
PERRET-CATIPOVIC M.

Quand les adolescents nous parlent du suicide sur internet, comment nous le disent-ils ?

In: NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol.57, n°2, 2009, 128-135 p. Paris: Elsevier Masson

- PILET J.L., BRICE D.,
GUILHARD C., OBRINGER A.

Drames en milieu scolaire: protocole pour évaluer, soutenir, communiquer.

Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2009, 226 p. (*Psychologie*)

- RUTGERS-CARDIS J., MOSLI P.,
PETER H.B. SUICIDE:

Liens sociaux et recherche de sens.

Genève: Labor et Fides, 2006, 138 p. (*Actes et recherches*)

Ces documents – et bien d'autres – sont disponibles au Centre de documentation du Département des Affaires Sociales – CEDS ASBL

Tél. 04 237.27.61

bibliothèque.ceds@provincedeliege.be



QUELQUES ADRESSES UTILES

• LES CENTRES PMS ET PSE ATTACHÉS À L'ÉCOLE

• CELLULE DE PRÉVENTION DU SUICIDE - PROVINCE DE LIÈGE

Place de la République Française, 1 à 4000 Liège

Tél : 04/237.27.43-50

suicide@provincedeliege.be

**Information - Prévention - Coordination-
Intervention institutionnelle**

• OPENADO - PROVINCE DE LIÈGE

Rue Beeckman, 26 à 4000 Liège

Tél : 04/237.93.18

openado@provincedeliege.be

www.openado.be

Accompagnement psychologique

• CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Avenue Winston Churchill, 108 à 1180 Bruxelles

Tél : 02/650.08.69

www.preventionsuicide.be

cps@preventionsuicide.be

Ecoute téléphonique 24h/24 (appel gratuit)

Tél : 0800/32.123

**Forum - Entretiens de crise - Accompagnement du deuil (individuel ou en groupe) -
Intervention institutionnelle**

• CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ESTELLE MAZY

Rue de la Cathédrale à 4000 Liège

tel : 04/223.51.20

estellemazy@hotmail.com

Groupe de paroles pour personnes endeuillées

• TELE – ACCUEIL

BP 50 à 4020 Liège

www.tele-accueil-liege.be

tele.accueil.liege@gmail.com

Ecoute téléphonique 24h/24 (appel gratuit)

Tél : 107

• UN PASS DANS L'IMPASSE

Chaussée de Waterloo, 182 à 5000 Namur

Tél : 081/777.150

www.lesuicide.be

info@lesuicide.be

Prise en charge psychologique – Intervention institutionnelle – Groupe de paroles

Antenne de Liège

rue des Fontaines Roland, 29 à 4000 Liège

• VIVRE SOUS LES OLIVIERS

Rue de Liège, 37/1 à 4800 Verviers

Tél : 087/266.113 – 0477/694.933

mwelkenhuyzen@compaquet.be

**Groupe de paroles pour endeuillés
par le suicide**

• LES HÔPITAUX PROCHEs AVEC URGENCES PSYCHIATRIQUES

Prise en charge d'urgence

• LES CENTRES DE SANTÉ MENTALE

Prise en charge ambulatoire

Les adresses de ces services sont répertoriées sur le site www.aliss.be du Département des Affaires sociales de la Province de Liège

Le risque suicidaire et les adolescents



CELLULE PROVINCIALE DE PREVENTION DU SUICIDE

Département des Affaires Sociales

Tél. 04/237.27.43-50

suicide@provincedeliege.be